



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Comunitária

Por  
Sandra Marisa Leão dos Santos

Porto, março de 2019



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO PARA A VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

**THE COMMUNITY EMPOWERMENT FOR EPIDEMIOLOGICAL  
SURVEILLANCE OF NURSING DIAGNOSES**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Comunitária

Por

Sandra Marisa Leão dos Santos

Sob a orientação de Doutor Pedro Melo

Porto, Março de 2019

## Resumo

**Introdução/ Objetivo:** O empoderamento comunitário tem sido uma das determinantes para o sucesso da promoção de saúde, sendo considerada uma das áreas de competência que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) deve possuir. Associadas a essa competência determina-se que também deve ter competências na área da vigilância epidemiológica, sendo que a associação ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) poderá potencializar essa atividade no que concerne aos Diagnósticos de Enfermagem de forma a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e conduzir desta forma a uma alocação mais eficiente e eficaz dos recursos para cumprir os objetivos de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, sendo que a Unidade de Saúde Pública, local onde foi desenvolvido o estágio, é o epicentro para esse processo.

**Metodologia:** Foi usada como metodologia o Planeamento em Saúde. Para o diagnóstico de situação foi aplicada a Escala de Empoderamento Comunitária aos líderes formais do ACeS numa Unidade de Saúde da Região Norte, que por consenso definiram o seu nível de percepção de empoderamento relativamente aos 9 domínios da escala. Além desta escala foi também desenvolvido um questionário, respondido por 80 enfermeiros do ACeS num processo de amostragem não-aleatório. Os resultados obtidos foram analisados quantitativamente e relacionados com a matriz de decisão clínica do MAIEC, relacionados com a atividade de diagnóstico para o foco Gestão Comunitária. Posteriormente os problemas identificados foram sujeitos a um processo de priorização tendo em conta os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

**Resultados:** Após o processo de priorização, a Gestão Comunitária foi identificada como comprometida em todos os seus domínios: 7 problemas identificados em relação à Liderança Comunitária comprometida, 5 problemas no que concerne à Participação Comunitária e 1 problema relacionado com o Processo Comunitário. Também o nível de percepção de empoderamento dos líderes nos vários domínios foi considerado baixo oscilando entre 1 e 2.

**Conclusões:** Os Diagnósticos de Enfermagem podem potencializar um diagnóstico de saúde mais amplo e completo a ser desenvolvido pela USP. Neste estágio houve a oportunidade de desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e responder aos objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem, alicerçando o percurso no contexto da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Comunitária, Vigilância Epidemiológica, Diagnósticos de Enfermagem, Empoderamento Comunitário, Saúde Pública.

## Abstract

**Introduction/Objective:** The community empowerment has been one the causes of the success of health promotion, as it is considered one of the four main competences of the Community Health Nursing Specialist (CHNS), as well as Epidemiological Surveillance. The use of Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (CAIEM) may enhance that activity in terms of what concerns the Nursing Diagnoses, in order to generate sensible indicators to nursing care and conduct a more efficient e effective allocation of the resources needed to meet the sustainability aims of the National Health Service. It is also considered that and the Public Health Unit, where the internship was developed, is the epicenter for this process.

**Methodology:** The Health Planning was used as methodology. For the situation's diagnosis, it was applied the Portuguese version of Empowerment Assessment Rating Scale (EARS) to the formal leaders of the Health Centres in a Local Health Unit in the Northern Region, that consensually defined their perception level of empowerment, according to the 9 domains of the scale. In addition to this process, it was also developed a survey, answered by 80 nurses of the Health Centres, in a non-random sampling process. The obtained results were analysed quantitatively and linked to the clinical decision matrix of CAIEM, concerning the diagnosis activity focused in Community Management. Afterwards, the identified problems were involved in a prioritization process that took into account magnitude, transcendence and vulnerability criteria.

**Results:** Community Management was identified as compromised in all domains: 7 problems found concerning to compromised Community Leadership, 5 problems regarding to Community Participation and 1 problem related to the Community Process. The level of empowerment perception of the leaders in the various domains was also considered low, ranging between 1 and 2.

**Conclusion:** The Nursing Diagnoses potentially develop a more comprehensive diagnosis of Public Health Problems identified by Public Health Unit. At this stage there was the opportunity to develop the skills of the Community Health Nursing Specialist and to respond to the objectives of the Master Course in Nursing, grounding the course in the context of the Epidemiological Surveillance of Nursing Diagnoses.

**Keywords:** Community Health Nursing, Epidemiological Surveillance, Nursing Diagnoses, Community Empowerment, Public Health

*“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.”*

Albert Einstein

## **Agradecimentos:**

**Aos meus pais,**  
pelos valores que me transmitiram, e pela pessoa que me ajudaram  
a ser – empoderaram-me para a vida!

**À minha família,**  
por saber que estão sempre “lá”.

Aos meus anjos da guarda, em especial ao meu avô e tio, que perdi neste período,  
que quero acreditar que estão algures no universo a olhar e a torcer por mim.

**Aos meus amigos,**  
que compreenderam e apoiaram esta etapa da minha vida.

**Aos meus orientares Enf<sup>a</sup> Teresa Cardoso e Enf<sup>o</sup> Sérgio Sousa,**  
pelo exemplo de profissionalismo que demonstraram, assim como pelo apoio que me  
deram ao longo deste percurso.

**Ao Professor Pedro Melo,**  
pela orientação durante toda esta etapa e por acreditar e potenciar as minhas capacidades.

***The last, but not the least,* ao Ricardo,**  
pela tranquilidade que veio dar à minha vida neste período de caos.

A todos muito obrigada.  
Estiveram sempre ao meu lado, dando-me a mão e mostrando-me que:  
“Amar não é olhar um para o outro, é olhar juntos na mesma direção”

(A. Saint-Exupéry)

## Lista de Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CA – Comportamento de Adesão

CAIEM- Community Assessment, Intervention and Empowerment Model

CHNS- Community Health Nursing Specialist

CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTN – Comissão Técnica Nacional

DM – Diabetes *Mellitus*

EARS- Empowerment Assessment Rating Scale

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

GRT – Gestão de Regime Terapêutico

HTA – Hipertensão Arterial

MAIEC – Modelo de Avaliação e Intervenção em Empoderamento Comunitária

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

ODE – Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

PE – Processo de Enfermagem

PLS – Plano Local de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

VE – Vigilância Epidemiológica

VEDE – Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

# Índice

<b>Capítulo 1. Introdução</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 2. Enquadramento Teórico</b>	<b>15</b>
2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários e o papel do Enfermeiro	15
2.2. Documentação em Enfermagem	18
2.3. Vigilância Epidemiologia dos Diagnósticos de Enfermagem	21
2.4. O Empoderamento Comunitário e o Projeto MAIEC	25
2.5. Contratualização dos Cuidados no SNS	28
2.6. Contextualização para a Seleção dos Focos em Análise	30
2.6.1. Uso de Tabaco	33
2.6.2. Uso de Álcool	34
2.6.3. Gestão do Regime Terapêutico	35
2.6.4. Comportamento de Adesão	35
<b>Capítulo 3. Projeto de Estágio</b>	<b>37</b>
3.1. Enquadramento Conceptual do Projeto	37
3.2. Diagnóstico de Situação	38
3.2.1. Colheita de Dados	38
3.2.2. Processo de amostragem	39
3.2.3. Resultados do Grupo Focal e Questionário	39
3.3. Priorização dos Problemas	43
3.4. Fixação de Objetivos	46
3.5. Definição de Indicadores	49
3.5.1. Indicadores de Processo	50

3.5.2.	Indicadores de Resultado.....	51
3.5.3.	Indicadores de Estrutura.....	54
3.6.	<b>Seleção de Estratégias.....</b>	<b>54</b>
3.7.	<b>Elaboração do Projeto .....</b>	<b>56</b>
3.8.	<b>Avaliação do Projeto.....</b>	<b>57</b>
3.9.	<b>Discussão de Resultados .....</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo 4. Conclusão .....</b>		<b>63</b>
<b>Capítulo 5. Bibliografia .....</b>		<b>69</b>
<b>Anexos .....</b>		<b>77</b>
<b>Anexo 1 .....</b>		<b>78</b>
<b>Apêndices .....</b>		<b>79</b>
<b>Apêndice 1 – Questionário.....</b>		<b>80</b>
<b>Apêndice 1 – Resultados do Questionário .....</b>		<b>89</b>
<b>Apêndice 3 - Questões Alocadas às Dimensões MAIEC .....</b>		<b>95</b>
<b>Apêndice 4 – Problemas por perguntas.....</b>		<b>97</b>
<b>Apêndice 5 – Problema analisado em relação à Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade.....</b>		<b>100</b>
<b>Apêndice 6 – Problemas Priorizados em cada um dos domínios MAIEC.....</b>		<b>104</b>
<b>Apêndice 7 – Questionário MAIEC com problemas prioritários .....</b>		<b>106</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos Enfermeiros por Especialidades .....	42
--	----

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 – Etapas para Programas de Vigilância e Controle de Doenças .....</b>	<b>23</b>
<b>Figura 2 - Escala de Empoderamento .....</b>	<b>40</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Ponderação para priorização .....	44
Tabela 2 - Metas a longo prazo .....	49
Tabela 3 - Intervenção e Estratégias .....	56

## Capítulo 1. Introdução

Este Relatório é o resultado do Estágio Final desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) que teve lugar numa Unidade de Saúde Pública (USP) da Região Norte de Portugal, no período de 10 de Setembro de 2018 a 5 de Janeiro de 2019.

O Estágio Final e Relatório foi um marco para o desenvolvimento das competências gerais e específicas essenciais num Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) no âmbito da enfermagem avançada. Os conhecimentos apreendidos em campo no Estágio I – Saúde Comunitária: Vigilância e Decisão Clínica, numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), foram usados para potenciar o trabalho no contexto do Estágio Final em saúde pública. As atividades desenvolvidas também preconizaram o desenvolvimento de competências académicas inerentes ao Mestrado em Enfermagem.

O estágio integrado no projeto de investigação Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da UCP, contribuiu para o objetivo de diagnosticar o foco Gestão Comunitária num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), no que concerne à promoção da Vigilância Epidemiológica de Diagnósticos de Enfermagem (VEDE), assim como medir o nível de empoderamento comunitário da comunidade ACeS antes e após a sua aplicação, com a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário.

Tendo em conta o relevante papel do enfermeiro na intervenção comunitária e Vigilância Epidemiológica (VE), nomeadamente o EEEEC, descrito pela legislação como o elemento melhor qualificado para estas competências, justifica-se o interesse nesta área de intervenção e em fazer parte do projeto em desenvolvimento na Universidade Católica do Porto, coordenado pelo Professor Doutor Pedro Melo.

Este relatório será iniciado com um enquadramento teórico. Neste capítulo considerou-se que seria importante uma breve referencia à evolução dos cuidados de saúde primários e que consequências essas mudanças originaram no papel do enfermeiro, assim como na documentação por este desenvolvida, sendo este o segundo subcapítulo. O terceiro subcapítulo do enquadramento teórico faz referência à VE e ao papel do enfermeiro neste processo, assim como de que forma os diagnósticos de enfermagem podem ser alvo desse processo. Seguidamente será abordada a temática do empoderamento comunitário como promotor e facilitador da VEDE que é proposto ser implementado e de que forma o modelo MAIEC, poderá auxiliar na persecução desse objetivo. O subcapítulo seguinte aborda a importância da contratualização nos cuidados de saúde. O último subcapítulo explana sobre as condições que estiveram presentes para a seleção dos focos que foram considerados como prioritários no ACeS onde decorreu este estágio.

O capítulo seguinte denomina-se de Projeto de Estágio e inclui o enquadramento conceptual do modelo que sustenta a decisão clínica, o MAIEC. Faz ainda parte deste capítulo as etapas do planeamento em saúde que apoiaram a construção das intervenções de acordo com o diagnóstico que foi desenvolvido, terminando com uma breve análise sobre todo o processo de planeamento.

O último capítulo é referente à conclusão. Nesta pretende-se fazer uma síntese de todo o trabalho desenvolvido por meio de uma reflexão critica dos objetivos inicialmente traçados para este estágio, bem como o desenvolvimento das competências específicas do EEEEC alicerçadas aos objetivos do Mestrado em Enfermagem.

Utiliza-se como norma de referenciação as normas APA 6ª Edição.

## **Capítulo 2. Enquadramento Teórico**

Neste capítulo fazer-se-á um enquadramento teórico às problemáticas analisadas durante o estágio, assim como os referenciais teóricos que sustentam a decisão clínica. Considerou-se que o primeiro passo seria fazer uma breve contextualização da Evolução dos cuidados de saúde primários a par com as competências que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública deverão possuir para atingirem os melhores resultados. No subcapítulo seguinte é realizada uma descrição sobre a evolução da documentação em enfermagem e das oportunidades que a informatização trouxe à VEDE (2.2), temática central do projeto de estágio descrito neste relatório, com referência à importância da documentação para o sucesso. Logo de seguida, considerou-se pertinente contextualizar o MAIEC, como referencial para os cuidados à comunidade abrangida, promotores do empoderamento comunitário como processo e como resultado. Antes de se concluir o enquadramento teórico foi realizado um breve enquadramento da contratualização nos cuidados de saúde e da formulação de indicadores da sua relação com a documentação. Por último, são referidas as condicionantes nacionais e locais que contribuíram para a seleção dos focos que foram considerados prioritários no ACeS onde o estágio foi desenvolvido.

### **2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários e o papel do Enfermeiro**

A Enfermagem Comunitária tem sido exercida desde do início da Enfermagem com a sua percussora - Florence Nightingale - englobando os cuidados de saúde primários e a saúde pública, de forma a melhorar os cuidados de saúde da população (ICN, 2015).

A perspetiva comunitária na saúde foi firmada em 1978 com a Conferência de Alma Ata, contudo a sua intervenção na comunidade estava médico-centrada, dirigindo as atividades

de prevenção centradas nas patologias médicas (Silva, 2002). A Declaração de Munique em 2000, veio dar um novo alento às mudanças nos cuidados de saúde primários, em particular apoiando e salientando as capacidades dos enfermeiros no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida da população (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001). Esta consciencialização gradual do papel dos cuidados de saúde primários provocaram a necessidade de se ir reorganizando o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A última alteração foi das mais marcantes com a criação de novas unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF), UCC e USP, todas com papéis bem definidos de forma a melhor darem resposta às reais necessidades da população. A mesma mudança de necessidade de paradigma dos cuidados hospitalares para os cuidados à comunidade de forma a satisfazer as necessidades de saúde da população é também defendida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2008), que evidencia desafios, que se ainda se mantêm atuais, como os custos crescentes dos cuidados de saúde, aumento das expectativas e exigências da população. O mesmo é observado no Relatório Primavera 2018 onde é referido que “não se pode ignorar que vivemos tempos em que nunca tantos tiveram saúde, nunca a esperança de vida foi tão longa e apesar disso nunca se falou tanto de saúde (ou doença) como hoje e nunca o conceito de anos de vida saudáveis teve tanta atualidade” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018, p. 160). Esta mudança em termos epidemiológicos e demográficos, em que, apesar do progresso científico e o desenvolvimento tecnológico, os recursos são cada vez mais limitados, faz emergir novos desafios à saúde da população tais como o envelhecimento, o aumento do sedentarismo e o aumento da prevalência das doenças crónicas. Deste modo, pressupõe-se a necessidade de existirem profissionais cada vez mais preparados para lidar com os desafios descritos.

É com base neste pressuposto, e atendendo ao papel fundamental que os enfermeiros podem desempenhar para cumprir as demandas do Plano Nacional de Saúde e a sua implementação a nível local, que se torna evidente a necessidade de formação especializada. Para responder a esta necessidade a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu Regulamentação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e publicou em 2011

as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública atualizadas em quadro regulamentar publicado em 2018 (Diário da República, 2018), que são:

- ⇒ Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- ⇒ Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- ⇒ Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- ⇒ Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico.

O enfermeiro, na saúde comunitária e na saúde pública, pelas suas competências específicas descritas acima, assume-se como o elemento chave na VE. Tendo em conta a regulamentação da USP (Diário da República, 2008) este é considerado o observatório de saúde, onde o enfermeiro em trabalho multidisciplinar poderá exercer as suas competências especializadas em pleno.

No âmbito deste estágio procurou-se desenvolver as competências especializadas acima descritas com o objetivo de responder, com base na evidência científica que existe, às necessidades da população alvo (enfermeiros do ACeS de uma ULS da região do Norte), utilizando o Planeamento em Saúde para a identificação das reais necessidades, e desta forma contribuir para a capacitação e empoderamento dos enfermeiros, de forma a que a sua documentação traduza o trabalho por eles efetuados na percussão dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, assim como de forma a realizar VE dos mesmos – diagnósticos de enfermagem, contribuindo para um diagnóstico de saúde mais amplo e completo e com uma visão mais centrada nos processos de saúde para além dos processos de doença.

## 2.2. Documentação em Enfermagem

Antes de se abordar a VEDE considerou-se que pertinente uma referência à documentação em enfermagem.

Existe uma preocupação desde o início da profissão para que a documentação em enfermagem represente de forma fiel a prática clínica (Mota, Pereira, & Sousa, Sistema de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos, 2014). Assim, os registos de saúde permitem cuidados centrados na pessoa, seguros e eficazes através da tomada de decisão clínica informada, comunicação e continuidade de cuidados (ICN, 2015).

A documentação em enfermagem é toda a informação produzida pelos enfermeiros resultante de um processo constituído por cinco fases sequenciais e interrelacionadas: colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação de intervenções e avaliação, e promove a continuidade dos cuidados, assegura o valor legal da assistência e contribui para a gestão, formação e investigação (Moorhouse & Doenges, 2010).

Os Diagnósticos de Enfermagem resultam então da colheita de dados, num processo de raciocínio e julgamento baseado na evidência científica de modo a que a sua interpretação permita a elaboração de um plano de cuidados adequado aos problemas identificados (Foschiera e Viera, 2004; Cruz, *et al.*, 2017). Foi descrito pela Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) como *“um julgamento clínico sobre respostas/ experiências atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde / processos de vida que proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem de forma a atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”* (NANDA, s.d.). Uma definição mais recente usando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), descreve o diagnóstico de enfermagem como um *“rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a*

avaliação” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 14), e tem que incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo (pode estar implícito).

A evolução da documentação em enfermagem foi transversal a das outras áreas, e em Portugal foi em consonância com as *guidelines* internacionais, sendo apoiada pela Ordem dos Enfermeiros que referia que a "*existência de um sistema de registo de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados as necessidades de cuidados do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente*" era um aspeto essencial para a excelência do exercício profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 39). Também o Ministério da Saúde em 2009 que orientava para a otimização dos sistemas de informação e do fluxo de informação nas instituições para a melhoria dos cuidados prestados, e num relatório de 2010 acrescenta que os registos de saúde eletrónicos são uma ferramenta indispensável para a eficiência e eficácia na prestação de cuidados com benefícios para os cidadãos, profissionais de saúde e à gestão do sistema de saúde. Portanto do suporte de papel, que tinha a limitações de extração de dados geralmente relacionado com a falta de clareza sobre as informações sobre os cuidados prestados (Peres, et al., 2009), iniciou-se um processo de uniformização e informatização.

A introdução do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), veio iniciar um novo rumo na documentação em enfermagem informatizada usando a CIPE como linguagem unificada e padronizada. Neste processo inicial de informatização de registos, considerou-se que a parametrização deveria começar com autonomia local (“parametrização por serviço”), contudo a diversificação de enunciados de diagnósticos e de intervenções que foram gerados impedia a “interoperabilidade da informação gerada pelos enfermeiros na documentação dos cuidados e a produção nacional de indicadores baseados na informação que resulta da ação profissional dos enfermeiros” (Paiva, et al., 2014, p. 8), pelo que se começou a pensar numa solução sendo criado um grupo formal para iniciar o processo de parametrização nacional, que está a ser implementado desde há dois anos.

Neste contexto, a informatização do processo de enfermagem permite a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, sendo encarado este processo como um momento de oportunidade (Peres, et al., 2012) . Apesar de alguns constrangimentos na sua utilização, deve ser evidenciada a potencialidade que a informatização dos registos tem na VE por tornar mais ágil o processamento e análise de dados (Nichiata, Takahashi, Fracolli, & Gryscheck, 2003), onde o empoderamento é um fator essencial e que vai ser explorado mais à frente.

São inúmeras as vantagens associadas e potencialidades associadas aos Sistemas de Informação, onde é essencial a uniformização de registos e dados válidos e confiáveis. A informação resultante da prestação de cuidados e baseada em dados, permite o “planeamento e gestão de cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análises dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (ICN, 2015). Outros dos aspetos positivos salienta-se a melhoria na qualidade, auxiliar desenvolvimento de protocolos de atendimento, investigação, melhorar a alocação de recursos, realização de estudos epidemiológicos fidedignos (Maraschin, M. e Carraro, T., 2001), que poderão identificar a taxa de utilização da unidade de saúde, e determinar e identificar problemas de saúde, tais como perfil de morbidade e mortalidade, fatores de risco e seus determinantes, características demográficas e informações sobre os serviços, recursos humanos, recursos financeiros e infraestruturas. Esta informação permitirá um melhor planeamento, organização e avaliação de ações e serviços, assim como políticas adequadas e formulação de projetos e programas específicos para a população (Gomes D., 1994; Maraschin, M. e Carraro, T., 2001).

No que se refere à enfermagem em particular também já foram realizados alguns estudos que evidenciam a importância da informatização do PE. Num estudo desenvolvido por Mota, L., *et al.* (2014) há a evidência que a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros é independente do seu prescritor e valorizada pelos médicos, sendo essencial sistemas de informação interoperáveis que garantam a qualidade e continuidade dos cuidados.

Num estudo realizado em 2015 (Lima & Ortiz, 2015), os investigadores referem que o PE informatizado pode conferir visibilidade à autonomia e cientificidade da atuação dos profissionais de enfermagem, fornecendo elementos para argumentação consiste em relação aos recursos adequados para a exequibilidade de suas ações.

Ao serem corretamente documentados os diagnósticos de enfermagem podem contribuir para a missão, visão e valores presentes na identidade da Unidade Local de Saúde onde foi realizado o estágio. A importância da documentação está também alinhada com o foco de atenção do plano de atividades e orçamento de 2018, no que concerne a “melhorar a qualidade dos registos clínicos e administrativos”, no sobretudo no que se refere ao nível do eixo estratégico 1, 2 e 5.

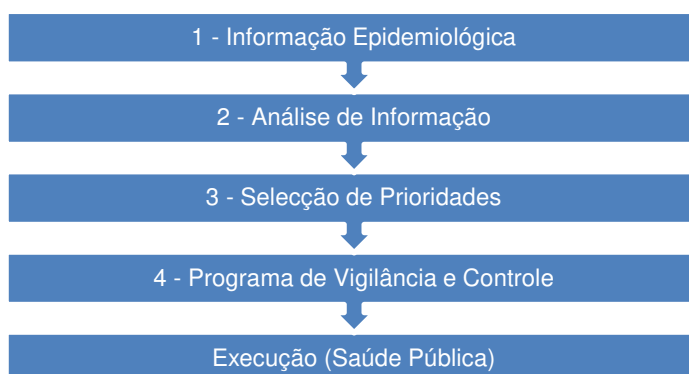
### **2.3. Vigilância Epidemiologia dos Diagnósticos de Enfermagem**

Neste capítulo abordar-se-á as potencialidades da VE, uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, salientado o seu papel no sistema de vigilância atual.

Entende-se por “Vigilância” o ato de vigiar, sendo que “vigiar” significa “observar atentamente, fiscalizar, verificar, examinar” (Infopédia - Dicionários Porto Editora, 2018). A “Epidemiologia” é uma ciência, que usa métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações e para definir estratégias de prevenção e controle tendo sido definida por Last (*cit in* Bonita, *et al.*, 2010, p. 2) como “*o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e a sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde*”. São determinantes em saúde todos os fatores que afetam o estado de saúde, tais como fatores biológicos, químicos, físicos, sociais, culturais, económicos, genéticos e comportamentais.

A “Vigilância Epidemiológica”, é um tipo de vigilância em saúde, tal como vigilância sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador (Seta, Oliveira, & Pepe, 2017). Originalmente significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos, contudo atualmente tem um sentido mais amplo incluindo todas as atividades que proporcionam a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, ao nível individual e coletivo, e que tem como objetivo a adoção de medidas preventivas e de controle (Fischmann, A. (1993) *cit in* Maraschin, M. e Carraro, T. (2001). O mesmo é defendido por Forattini, O. (2004) que refere que o mecanismo de vigilância epidemiológica permite acompanhar o estado de saúde da população de forma continuada, a adoção de medidas preventivas e a avaliação dos resultados, implicando um registo contínuo de informações referentes à morbidade e à mortalidade, aos dados clínicos e laboratoriais úteis para a compreensão do geral e do individual. Tem como principal objetivo melhorar a saúde das populações e é essencial no processo de identificação e mapeamento de doenças emergentes assim como na melhor alocação dos recursos pela identificação de programas curativos e preventivos prioritários à população (Bonita, Beaglehole, & Kjellstom, 2010).

A vigilância visa gerar informações que possam ser processadas e analisadas e envolvem orientações de carácter clínico-individual, epidemiológico-coletivo e administrativo, orientando a sua atividade de acordo com indicadores de prevalência, incidência e distribuição dos riscos sociais e de grupo, qualidade de vida e desigualdade social (Leite, Assis, & Cerqueira, 2003). A Figura 1 – Etapas para Programas de vigilância e controle de doenças baseado em Smud (1984).



**Figura 1 – Etapas para Programas de Vigilância e Controle de Doenças**

A vigilância atua sobre a epidemiologia e conseqüentemente sobre a saúde pública, de forma a estimar-se a magnitude do problema, aplicar prevenção e prognosticar a evolução (Forattini, O., 2004), num processo sistemático de recolha, análise, interpretação e divulgação dos dados em saúde para o planeamento, execução de intervenções e avaliação das ações de saúde pública (Choi, B., 2012), para uma deteção e intervenção precoce, com mecanismos de alerta e resposta rápida (Wagner, *et al.*, 2001).

Para o sucesso do processo de VE é necessária cooperação multidisciplinar em que participam os peritos em saúde pública, epidemiologistas, bioestatísticos, economistas e informáticos para ser possível reconhecer rapidamente as situações de alerta, desenvolver estratégias de investigação e estabelecer as medidas de controlo necessárias (Wagner, *et al.*, 2001). Nesse sentido, o perfil do profissional para atuar na VE não é específico de uma profissão (Villa, *et al.*, 2002). Leite, J. *et al.* (2003), acrescentam que a VE deve ser realizada de forma conjunta, articulada e integrada ao processo de planeamento em saúde, sob uma visão positiva da saúde. Salienta ainda a importância da capacitação dos recursos humanos para “atuar no modelo de atenção à saúde pautado no saber epidemiológico”. O mesmo é conferido por Seta, M., *et al.* (2017) no seu trabalho quando observa que as vigilâncias são plurais e complexas, pelo que para maior efetividade das suas ações é necessário um desenvolvimento e envolvimento coordenado e articulado entre elas. A mesma visão

multidisciplinar para a VE é referida por Faria, L.; Bertolozzi, M. (2010) que evidencia o trabalho de equipa e cooperação intersectorial, e também por Rocha, A. *et al.* (2017) que o refere como um aspeto positivo para os serviços de saúde e comunidade.

Considerando o papel do enfermeiro neste trabalho multidisciplinar, Gomes, D. (1994) refere que a epidemiologia é um dos pilares fundamentais na sua formação, e dado o seu papel nos cuidados de saúde, permitiria uma atuação ao nível da prevenção e vigilância dos determinantes de saúde; avaliação e análise do impacto das suas ações; identificação de necessidades e riscos; definição de prioridades; utilização mais adequada de recursos com o objetivo de um conhecimento mais amplo da saúde da comunidade e de ações mais efetivas e conscientes. Torna-se premente a mudança de paradigma e reflexão sobre a autonomia profissional dos enfermeiros com a necessidade de uma participação mais ativa na vigilância epidemiológica (Rodrigues, Fracolli, & Oliveira, 2001). Para uma atuação com sucesso é indispensável a formação profissional de forma a que este desenvolva habilidades e o capacite para as atividades de Vigilância (Braga, *et al.*, (2011); (Lôbo, et al., 2018). Nesse sentido, o PE é também ele uma fonte de dados que poderá enriquecer o conhecimento sobre a população.

Num estudo desenvolvido sobre os Diagnósticos em Enfermagem relacionados com a saúde mental, os autores verificaram que existiam vários focos de atenção de enfermagem em saúde mental relacionados com o diagnóstico médico, e que eram estes que deviam ser o principal objetivo das intervenções dos enfermeiros (Passos, Sequeira, & Fernandes, 2012). Num outro estudo realizado por Franzen, E. *et al.*, (2012) em doentes em regime de ambulatório, verificou-se que existiam vários Diagnósticos de Enfermagem relacionados com os diagnósticos médicos, nos doentes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* (DM), tais como “Controle Ineficaz do Regime Terapêutico” e “Nutrição Desequilibrada”. Estes resultados evidenciam que a formulação de DE permitem identificar mais claramente os focos de cuidados pelos quais os enfermeiros são responsáveis, assim como a necessidade da consciencialização/ responsabilização para a sua doença.

Os Diagnósticos de Enfermagem não têm sido alvo de VE. Tendo em conta a evidência sobre a importância da documentação de cuidados considera-se que se pode estar a negligenciar informação que poderia potenciar um Diagnóstico de Saúde mais fidedigno e adequado às reais necessidades da comunidade. Para além de serem dados fundamentais para o perfil de saúde pública podem também servir como indicadores de desempenho das unidades funcionais/ ACeS de forma a contribuir para a sustentabilidade e eficiência do sistema de saúde.

Em Portugal existe um sistema de vigilância em saúde pública denominado por Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) responsável por identificar situações de risco, recolher, atualizar, analisar e divulgar os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como preparar planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. A sua rede envolve médicos, serviços de saúde pública, laboratórios, autoridades de saúde e outras entidades dos sectores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação (Direcção-Geral da Saúde, 2014).

Por não ser completamente claro o papel do Enfermeiro no SINAVE, a Ordem dos Enfermeiros emitiu parecer em 7 de Junho de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), onde esclarece que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública possuem a qualificação e competência adequada para a VE tal como o que está definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

## **2.4. O Empoderamento Comunitário e o Projeto MAIEC**

O empoderamento é um conceito complexo que teve origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970. Segundo Freire, P. (2001) *cit in* Souza, *et al.* (2014), o

empoderamento é um processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade, conjugando a consciência e a liberdade. Possui dois sentidos: 1) Empoderamento psicológico ou individual - sentimento de maior controle sobre a sua vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e solidariedade; 2) Empoderamento social ou comunitário – processo que resulta de lutas de coletivos sociais pelos seus direitos. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deverá assumir um papel ativo neste contexto, como promotor de saúde, com a consciência que toda a estratégia de empoderamento é estratégia de promoção de saúde, mas nem todas as estratégias de promoção de saúde são empoderadoras.

A mudança de paradigma para o “fazer com” potencia o envolvimento capacitante das populações, tal como sugere Laverack (2008) que vê no enfermeiro um elemento chave para a maximização do empoderamento de uma comunidade quando se passa da ação individual para a coletiva. Este autor relacionou o empoderamento comunitário com a promoção de saúde, definindo o conceito como um processo interativo e contínuo em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, mas também como resultado, no sentido que depende do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo ou comunidade, na perspectiva sempre da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo (Laverak, 2008).

Considerando que o empoderamento resulta da força/poder pessoal e profissional, na forma de competência, motivação, autonomia e satisfação (Nogueira, 2015) percebe-se que o próprio enfermeiro precisa de ser empoderado como indivíduo que se insere numa comunidade.

A importância do empoderamento da população de produtores de documentação para a VE tem sido pouco estudada, contudo alguns dos estudos apoiam a necessidade de os envolver. Oliveira, T. (1989), referia a necessidade de envolver os produtores da documentação para a VE, pois esse era um dos fatores de desmotivação, sugerindo a devolução simplificada dos

resultados ao local de produção. Também Sanches, O. (1993) observou na sua investigação que a articulação entre os diferentes níveis de atuação é condicionada pelo desconhecimento, falta de interesse dos profissionais e complexidade do trabalho. Para evitar esses constrangimentos, dever-se-á envolver toda a comunidade na promoção de documentação, valorizar a participação ativa dos utilizadores e a comunicação entre profissionais e serviços, para uma ação integral e intersectorial (Pedersoli, Antonialli, & Vila, 1998); (Yakuwa, Sartori, Mello, Duarte, & Tonete, 2015), assim como a equipa de VE deve reforçar a necessidade de existir um interlocutor nas Unidades, que se responsabilize pelas ações de VE (Villa, et al., 2002).

Conscientes destas limitações e da potencialidade que o empoderamento pode ter na implementação da VEDE pela USP onde o estágio se desenvolveu, foi iniciado o processo de avaliação do empoderamento comunitário, à semelhança do que já tinha sido realizado noutra ACeS do grande Porto (Bastos, 2018), usando para isso a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (Bastos, 2018), e o MAIEC (Melo, 2017) foi usado como referencial para decisão clínica no contexto do PE.

O modelo permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo como área de atenção central a Gestão Comunitária. A atividade de diagnóstico dos enfermeiros, utilizando o MAIEC como referência, integra como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário. Este modelo possibilita potencialmente a assunção do empoderamento comunitário como processo central de abordagem das comunidades, numa abordagem *Bottom up* da tomada de decisão, alicerçada no efetivo envolvimento da comunidade no diagnóstico e resolução dos seus problemas. Desta forma fomenta-se maior autonomia e a continuidade dos projetos, ao potenciar os processos intencionais e de interação do ambiente da comunidade (Melo 2017).

## **2.5. Contratualização dos Cuidados no SNS**

Considerou-se que não se podia deixar de referir a importância da documentação relacionada com a contratualização que atualmente está em vigor no SNS. Este subcapítulo tem por modelo orientador o guia “Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019”, desenvolvido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2018).

Este documento estabelece os princípios orientadores do processo de contratualização (atividades, objetivos e resultados) através da operacionalização das orientações da Política de Saúde vigente, tendo por base as orientações e objetivos do PNS. Através de uma gestão rigorosa, responsável e transparente dos serviços de saúde pretende-se responder as necessidades em saúde dos cidadãos.

No que concerne aos cuidados de saúde primários, o processo de contratualização é dinamizado pela ACSS, Comissão Nacional para os Cuidados de Saúde Primários (CNCSP) e ARS, e incorpora os contributos da Comissão Técnica Nacional (CTN).

A matriz multidimensional é específica para cada uma das unidades funcionais do ACeS, mas em todas elas, os indicadores contratualizados devem ser centrados no utente/ família/ comunidade, do tipo indicador de resultado e indicadores compostos ou índices (multidimensionais). Os indicadores assumem o caminho necessário para a correta vigilância da população com os objetivos de controlo da doença e promoção de estilos de vida saudáveis.

Para a USP a contratualização consiste na negociação do seu Plano de Ação e na definição da sua atividade dentro da área de influencia do ACeS, tendo por referência a matriz multidimensional definida pela ACSS para o cumprimento da sua “Carteira Básica de Serviços”: Observatório Local de Saúde; Governação para a saúde e bem estar; Vigilância Epidemiológica; Saúde Ambiental; Gestão integrada e participação na execução de

programas e projetos de saúde, Autoridade em Saúde; Formação contínua e formação pré e pós graduada dos diferentes grupos profissionais; e Investigação em Saúde.

Deste modo o Contrato-Programa desenvolvido pelo ACeS onde foi realizado o estágio operacionaliza os conceitos do documento desenvolvido pela ACSS. Na sua consulta, pode-se constatar que são atribuídas às problemáticas que o projeto aborda uma elevada relevância para o cumprimento dos objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência. De salientar neste documento os aspetos que se relacionam com a documentação que são referidos de forma mais evidente em duas das suas Cláusulas:

- Cláusula 27<sup>a</sup>: sistemas e tecnologias de informação, onde são enunciados: “k) Registrar de forma exaustiva as atividades executadas, que na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira”; “m) Permitir a monitorização e fiscalização relativas ao cumprimento das obrigações contratuais estabelecidas”.
- Cláusula 29<sup>a</sup>: Governação Clínica. Nesta é evidente que só com documentação adequada e analisada de forma sistemática, em que a comunidade de profissionais está empoderada para o poder dos registos/ diagnósticos de enfermagem, se poderão alcançar as metas referentes à governação clínica e que incluem: “b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência(...)”, assim como “c) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde”; “d) Implementar atividades de auditoria clínica através da revisão sistemática dos cuidados prestados e da implementação das mudanças necessárias ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde”; “f) Garantir a prestação de cuidados de qualidade por parte dos profissionais”

Também é evidente a preocupação pela vigilância para a concretização dos objetivos de produção a assegurar pela ULS, e apresenta-se como uma das obrigações principais que

constam Capítulo II do Contrato-Programa relativamente às atividades assistenciais contratualizadas para os Cuidados de Saúde Primários.

O desenvolvimento deste projeto inclui-se também nas indicações da cláusula 27<sup>a</sup> do Contrato-Programa, que prevê a promoção de ensino e atividades de formação tendo em conta as necessidades de saúde da comunidade, e da cláusula 28<sup>a</sup> onde a instituição se compromete “a desenvolver atividades de formação e investigação com o objetivo de aperfeiçoar as capacidades dos profissionais de saúde e melhorar os serviços de saúde prestados”.

Tendo em conta os aspetos de referência nacional e o Contrato-Programa Local, verifica-se um total enquadramento do projeto e a importância da sua implementação para a operacionalização dos objetivos da ULS e papel de observatório de saúde que a USP representa para o desenvolvimento de “atividades de planeamento em saúde, promoção e proteção de saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública” (ACSS, 2018).

## 2.6. Contextualização para a Seleção dos Focos em Análise

Tendo em conta que um dos objetivos do projeto é a VEDE, foi necessário desenvolver um processo lógico de seleção dos focos de atenção a analisar. Foram tidos em consideração vários aspetos, como os focos que estivessem melhor documentados, assim como as metas do Plano Nacional de Saúde, o Diagnóstico de Saúde da População e o Plano Local de Saúde

De acordo com o **Plano Nacional de Saúde Extensão 2020** (Direção-Geral da Saúde, 2015), fazem parte as metas:

- A. Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos), para um valor inferior a 20%;
- B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%;

- C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com  $\geq 15$  anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental; e
- D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

Consta no Diagnóstico de Saúde desenvolvido pela USP, dados que indicam um aumento da taxa bruta de mortalidade, sendo que as neoplasias foram responsáveis por 30% dos óbitos (com maior incidência para os tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões), as doenças do aparelho circulatório 27%, doenças do aparelho respiratório 11% e as doenças do aparelho cerebrovascular 9% dos óbitos.

Os sete principais diagnósticos ativos da população inscrita foram: alterações dos lípidos, Hipertensão Arterial (HTA) - o diagnóstico mais prevalente na população feminina, o abuso de tabaco (diagnóstico ativo mais previamente na população masculina), obesidade, as perturbações depressivas, o excesso de peso e a Diabetes *Mellitus* (DM).

Tendo em conta estas características locais e em consonância com as indicações nacionais, foram identificadas as seguintes necessidades e objetivos de saúde no **Plano Local de Saúde** do ACeS:

- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório de 22,1/100000 para 10/100000 na população de ambos os sexos, até aos 65 e residente entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral de 8,6/100.000 para 4,5/100.000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente entre 2011 e 2016;

- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por doença isquêmica cardíaca de 8,6/100.000 para 2,5/100.000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de 20,5/100.000 para 18/100.000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e reto para menos de 6,3/100.000 na população de ambos os sexos, até aos 65 anos e residente entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir a taxa de mortalidade padronizada pelo tumor maligno da mama feminina de 8,1/100000 para menos de 8,0/100000 na população do sexo feminino até aos 65 anos, e residente entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir taxa de mortalidade por diabetes *Mellitus* de 3,8/100000 para menos de 1,7/100000, em ambos os sexos, na Região Norte, entre 2011 e 2016;
- ⇒ Diminuir taxa de incidência da tuberculose de 30,1/100000 para menos de 20/100000 na população de ambos os sexos e residente entre 2011 e 2016.

Conjugando todos estes dados e objetivos nacionais e locais de saúde, numa reunião de peritos determinaram-se, então, como prioritários os seguintes focos:

- "Uso de tabaco",
- "Uso de álcool",
- "Gestão do Regime Terapêutico" (Programas: Risco Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes),

- "Comportamento de Adesão" (Programas: Risco HTA e Diabetes).

Em relação ao uso de tabaco e/ou álcool, sabe-se que geralmente são comportamentos nocivos que se desencadeiam na adolescência. Tendo em conta o papel dos enfermeiros na saúde escolar, assim como os antecedentes e determinantes psicossociais que podem aumentar a probabilidade do jovem incorrer em condutas de risco (Norma nº 036/2012), considera-se que estes aspetos devem ser monitorizados com atenção sobretudo no que concerne aos fatores de risco associados (Direção-Geral da Saúde, 2012). A vigilância atenta permitirá uma intervenção precoce e controlo dos efeitos nocivos decorrentes destes comportamentos de risco.

Em relação aos Programas de Risco de HTA e Diabetes, doenças crónicas que se sabem que provocam no individuo um desafio para integrar e desenvolver no seu dia-a-dia comportamentos de autocuidado que promovam a qualidade de vida e bem-estar, em que a avaliação dos focos “Gestão do Regime Terapêutico” (GRT) e “Comportamento de Adesão” (CA) são essenciais. O enfermeiro emerge como um potencial facilitador neste processo de adaptação, estimulando e fortalecendo capacidades de gestão da doença e regime terapêutico.

### **2.6.1. Uso de Tabaco**

Fumar é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura. Estima-se que em 2016 o tabaco tenha sido responsável por 46,4% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica, por 19,5% das mortes por cancro, por 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, por 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares e por 2,4% das mortes por diabetes (Nunes & Monteiro, 2017).

Pelo impacto que a doença tem no contexto socioeconómico, o Governo Português associou-se às recomendações da OMS, comprometendo-se a reforçar as suas políticas e medidas de

proteção dos efeitos nefastos causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, tem como metas:

- A. Reduzir a prevalência de fumadores na população com  $\geq 15$  anos para menos de 17%;
- B. Travar o aumento do consumo de tabaco nas mulheres;
- C. Eliminar a exposição ao fumo ambiental;
- D. Reduzir as desigualdades regionais na prevalência de fumadores, na população com  $\geq 15$  anos.

As estratégias traçadas para se atingirem os objetivos preconizados para cada uma das metas, pode ser realizada por enfermeiros, elemento chave da promoção de estilos de vida saudáveis e que assumem um papel de proximidade da comunidade (saúde escolar, por exemplo), pode ter intervenção precoce a fim de diminuir a incidência e prevalência.

### **2.6.2. Uso de Álcool**

O consumo em excesso de álcool está relacionado com o aumento de morbilidade, criminalidade, violência, sinistralidade e morbilidade, onde se destacam patologias como HTA, doença cerebrovascular, cancros (mama e aero-digestivos), cirrose hepática e desequilíbrio psicológico e dependência (Mello, Barrias, & Breda, 2001). Apesar dos resultados já alcançados em Portugal, o consumo mantém-se elevado. Os efeitos nefastos do consumo de álcool ultrapassam a dimensão individual, e têm também impacto na família, no trabalho e na comunidade (World Health Organization, 2018).

Na Norma 030/2012, revista em 2014, preconiza-se a avaliação do uso de álcool nos utentes com idade igual ou superior a 18 anos seguindo o algoritmo clínico, com o objetivos de

deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool (Direção-Geral da Saúde, 2012). Sendo o enfermeiro um dos elementos responsáveis por essa avaliação, e elemento chave na educação para a saúde e prevenção de complicações associadas, poderá desempenhar um papel fundamental na intervenção o mais precocemente possível. Depois de desenvolvida a dependência os tratamentos deverão ser especializados.

### **2.6.3. Gestão do Regime Terapêutico**

A GRT é um comportamento de autocuidado, foco da prática de enfermagem, que significa “capacidade para gerir o regime”. As áreas descritas pelos enfermeiros como fulcrais no domínio da GRT são o regime medicamentoso, dietético, hábitos de vida e complicações (Mota, Cruz, & Costa, Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma, 2016).

Para a sua eficácia são necessárias duas condições: a cognição, processo intelectual que compreende a percepção, pensamento, raciocínio e memória; e a volição, processo psicológico, intencional e consciente para agir e realizar ou modificar determinado comportamento (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2010).

### **2.6.4. Comportamento de Adesão**

O CA é um fenómeno individual, dinâmico e multidimensional, com fatores sociais, económicos e culturais que interagem entre si. Além destes, ainda existem os fatores relacionados com o sistema de saúde, serviços e profissionais de saúde, assim como os que se relacionam com a doença e tratamento (Machado, 2009).

As implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, e incluem o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes. De salientar que a identificação dos fatores que se relacionam com a doença podem ser controlados antes da evolução para níveis patológicos.

Num estudo realizado por Bertoletti, *et al.* (2012), a “falta de adesão” foi identificada como um dos principais problemas percebidos em doentes com HTA. Os meus autores salientam o papel do enfermeiro como potencial influenciador para comportamentos de adesão e promotor de mudanças nos fatores de risco modificáveis.

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na optimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde, pela gestão conjunta dos fatores que influenciam a adesão e pela criação de estratégias para a melhoria da adesão (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2009).

## Capítulo 3. Projeto de Estágio

Este capítulo refere-se ao planeamento em saúde realizado para a avaliação empoderamento comunitário num ACeS da região norte e está subdividido por nove subcapítulos, em que o primeiro se refere ao enquadramento conceptual do projeto e os subsequentes dizem respeito às etapas do Planeamento em Saúde.

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), o Planeamento em Saúde é um processo dinâmico que tem na sua constituição várias etapas: o Diagnóstico em Saúde, Definição de Prioridades, Fixação de Objetivos, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e projetos, Preparação da Execução e por último, a Avaliação.

### 3.1. Enquadramento Conceptual do Projeto

Este projeto que tem como finalidade contribuir para a promoção da VEDE e integra-se no projeto MAIEC da *Nursing Research Platform* do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP.

Tem como referencial teórico o MAIEC, desenvolvido por Melo (2016), que permite constituir o ACeS como uma comunidade alvo de intervenção dos Enfermeiros.

O Modelo serviu de base para a elaboração do questionário, que avalia o foco "Gestão Comunitária", centrado na VEDE relacionados com os focos: "Uso de tabaco", "Uso de álcool", e "Gestão do Regime Terapêutico" e "Comportamento de Adesão" relacionados com os Programas: Risco HTA e Diabetes).

Estes fenómenos foram seleccionados considerando os aspetos referidos no subcapítulo 2.6.

## 3.2. Diagnóstico de Situação

Para realizar o diagnóstico desenvolveram-se várias etapas para responder aos seguintes objetivos:

⇒ **Identificar o nível de empoderamento da comunidade ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem**

Para avaliar este objetivo utilizou-se como técnica o *Focus Group*, com a aplicação de uma escala que permite avaliar o consenso dos participantes face aos nove domínios do empoderamento comunitário e a análise quantitativa dos resultados da aplicação da escala, que permitem quantificar o nível de empoderamento comunitário, nos nove domínios.

⇒ **Avaliar o foco Gestão Comunitária de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC, relacionada com a VEDE**

Para responder a este objetivo foi construído um questionário (Apêndice 1), em que, a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC foram definidos critérios de diagnóstico e perguntas associadas à problemática a avaliar.

### 3.2.1. Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada através de duas técnicas: Grupo Focal e aplicação de Questionário.

A amostra para o grupo focal para a avaliação do nível de empoderamento comunitário foi constituída por todos os enfermeiros que integram a gestão das diferentes unidades funcionais do ACeS (conselhos técnicos das USF, das UCSP e das UCC e os coordenadores das UCC), a Enfermeira-Diretora, a vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e da Saúde do ACeS, os enfermeiros da USP e o Coordenador da USP), e foi realizado no dia 27 de Setembro de 2018.

O questionário foi desenvolvido a partir da matriz de decisão clínica MAIEC e de acordo com a problemática a abordar nesta comunidade - a VEDE; e os fenómenos identificados como prioritários no ACeS.

Este questionário foi aplicado via “googledocs” e esteve disponível para ser respondido entre 26 de Outubro de 2018 e 12 de Novembro de 2018, por todos os enfermeiros que desempenham funções no ACeS em estudo. Era constituído por trinta e três questões de resposta múltipla e curta, e uma de justificação (opcional). O tempo de resposta médio foi calculado em cinco minutos. Estava dividido em duas partes: o Grupo I, referente à caracterização populacional (sete questões), e o Grupo II referente à avaliação da Gestão Comunitária considerando três dimensões: Participação Comunitária, Processo Comunitário e Liderança Comunitária (vinte e uma questões). Uma das questões que constava no Grupo II do questionário, relacionada com a frequência de avaliação dos focos em estudo, enquadrava-se também na caracterização da amostra e foi adicionada por se considerar que o resultado podia contribuir para a melhor compreensão da população em estudo.

### **3.2.2. Processo de amostragem**

O processo pelo qual se determinou a amostra – amostragem, foi do tipo não probabilístico. Os elementos foram selecionados por conveniência, sendo que o critério de inclusão foi para a avaliação do nível de empoderamento comunitário ser “enfermeiro do ACeS com responsabilidades de gestão” e para o questionário ser “enfermeiro a exercer funções no ACeS”.

### **3.2.3. Resultados do Grupo Focal e Questionário**

Neste capítulo são analisados resultados do grupo focal e os resultados obtidos através da aplicação do questionário, subdividindo-o entre a caracterização da amostra e os campos relacionados com a matriz de decisão clínica do MAIEC.

### 3.2.3.1. Grupo Focal

O Grupo Focal foi constituído por vinte e dois profissionais de enfermagem que integram a gestão das diferentes unidades funcionais do ACeS e foi realizado no dia 27 de Setembro de 2018.

Para a avaliação foi usado a Escala de Empoderamento Comunitária de Laverack, validada para português, descrita por Bastos (2018).

Por unanimidade os elementos do grupo determinaram o seu nível de entendimento relativamente aos nove domínios.

Os resultados estão expressos na Figura 2. Observa-se que os Enfermeiros identificaram, em consenso, níveis baixos de empoderamento, oscilando entre o valor 1 nos domínios Gestão de Programas, Mobilização de Recursos, Liderança Local, Capacidade para Avaliação do Problema e Participação Comunitária; e valor de 2 para os domínios Habilidade para Questionar, Ligações a Outros, Estruturas Organizacionais e Relações com Agentes Externos.



Figura 2 - Escala de Empoderamento

### **3.2.3.2. Aplicação do Questionário**

Os dados do questionário foram analisados pelo método quantitativo e tratados usando o programa *Excel* versão 2016.

A apresentação dos dados da aplicação do questionário encontra-se subdividida em duas: caracterização da amostra e resultados referentes à matriz de decisão clínica do MAIEC.

#### **I - Caracterização da amostra**

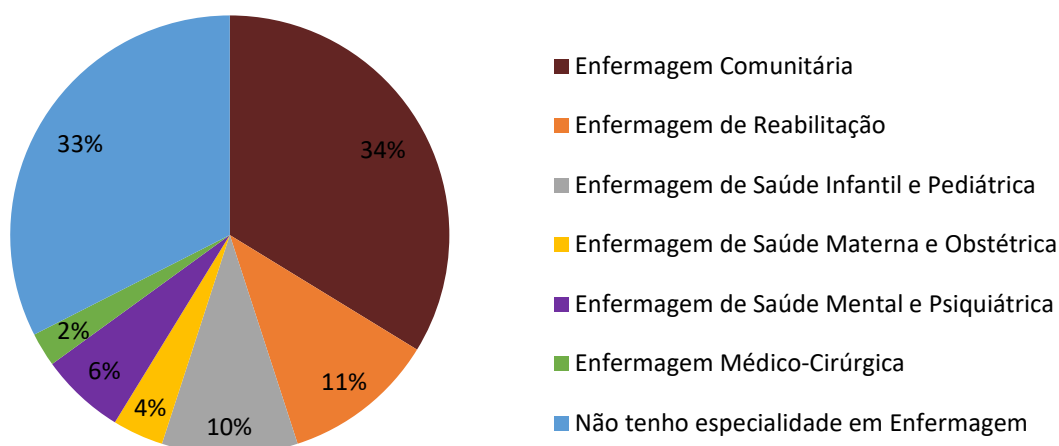
A amostra foi constituída por 80 enfermeiros com funções no ACeS e que responderam ao questionário *online*, dos 169 enfermeiros convidados a participar (Fonte de dados: Serviço de Recursos Humanos de Agosto de 2018 - Distribuição de Enfermeiros por Centro de Custo), a que corresponde uma taxa de resposta de cerca de 49%. À exceção de uma unidade, todas as unidades estão representadas no estudo.

Dois dos respondentes não documentavam cuidados no *SCLínico*, pelo que não fizeram parte da amostra nas questões relacionadas com a documentação e atividade diagnóstica (9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 26 e 27).

Da amostra, setenta e sete indivíduos eram do sexo feminino e treze do sexo masculino. A idade média é de 40,65 anos, sendo que o elemento mais novo tinha 30 anos e o mais velho 58 anos.

Relativamente à sua experiência profissional, os enfermeiros exerciam funções em média há 17,74 anos, apesar da média na sua unidade funcional ser de 9,63 anos (exclusão de dois dados por serem inferiores a 1 ano).

Setenta e sete por cento da amostra é titular de uma especialidade, sendo a sua maioria na área da Enfermagem Comunitária. Os elementos sem especialidade em Enfermagem são vinte e seis. A sua distribuição pode ser observada no gráfico abaixo Gráfico 1- Distribuição dos Enfermeiros por Especialidades.



**Gráfico 1- Distribuição dos Enfermeiros por Especialidades**

No que diz respeito às habilitações académicas, cinquenta e quatro eram licenciados, vinte e seis eram titulares de mestrado, e não existiam titulares de doutoramento na amostra em estudo.

Dos titulares de mestrado a maioria, era na área de Enfermagem Comunitária (dez dos vinte e seis elementos) em consonância com a especialidade mais presente na amostra.

## **II - Respostas ao Grupo II**

As respostas do Grupo II foram analisadas usando como referencial o modelo MAIEC para a avaliação da gestão comunitária nas dimensões de diagnóstico: Processo Comunitário, Participação Comunitária e Liderança Comunitária.

A análise detalhada de cada uma das questões pode ser consultada no Apêndice 2, e a alocação de cada uma das questões às dimensões MAIEC no Apêndice 3. Desta análise identificaram-se trinta e três problemas (Apêndice 4):

Liderança Comunitária Comprometida: vinte e três subdiagnósticos identificados, distribuídos nos domínios conhecimento (14 subdiagnósticos), crenças (8 subdiagnósticos) e volição (1 subdiagnósticos);

Participação Comunitária Comprometida: oito subdiagnósticos identificados, distribuídos nos domínios comunicação (3 subdiagnósticos), parcerias (2 subdiagnósticos) e estruturas organizativas (3);

Processo Comunitário comprometido: dois subdiagnósticos identificados;

Estes problemas foram alvos de priorização, conforme se encontra descrito no subcapítulo seguinte.

### **3.3. Priorização dos Problemas**

A determinação de prioridades é a segunda etapa do planeamento em Saúde. Para garantir uma utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir é necessário seleccionar prioridades. Ainda que esta fase tenda a ser subjetiva, deve-se implementar métodos de priorização que nos permitam ser tão objetivos quanto possível (Tavares, 1990).

De forma a proceder-se à identificação dos problemas prioritário levou-se a cabo a análise considerando os critérios da Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade.

Foram usados como referência as definições propostas por Teixeira, C. (2010) e Sousa, *et al.*, (2017). A magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema. A transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos. A vulnerabilidade

está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Foi atribuída uma pontuação (entre 0 e 3), definindo os critérios presentes na tabela infra (Tabela 1 – Ponderação para priorização).

Pontuação	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
0	0 - 50%	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas	A resolução do problema não depende da nossa intervenção
1	50% - 65%	A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas	A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção
2	65% - 75%	A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas	A resolução do problema depende da nossa intervenção
3	> 75%	A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas	A resolução do problema depende muito da nossa intervenção

**Tabela 1 – Ponderação para priorização**

De acordo com os critérios definidos e por reunião de peritos, cada problema foi ponderado, conforme consta no Apêndice 5. Os problemas com score  $\geq 6$  foram considerados prioritários. Encontram-se infra listados por ordem descendente:

1. Processo Comunitário comprometido: Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a VEDE) em 92% dos membros da comunidade;

2. Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre a VEDE não é percebido em 71% dos membros da comunidade;
3. Participação Comunitária comprometida: Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percebido como eficaz) em 53% dos membros da comunidade;
4. Participação Comunitária comprometida: Comunicação comprometida (Discussão/ análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE) em 60% dos membros da comunidade;
5. Participação Comunitária comprometida; parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da VEDE não são percebidas por 56% dos membros da comunidade;
6. Participação Comunitária comprometida: parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE não são percebidas por 59% dos membros da comunidade;
7. Participação Comunitária comprometida: existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem não percebida em 46% dos membros da comunidade;
8. Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS não é percebido em 39% dos membros da comunidade;
9. Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [CA (Programa Diabetes)] não é percebido em 53% dos membros da comunidade;
10. Liderança Comunitária comprometida; Conhecimento sobre o foco [CA (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 55% dos membros da comunidade;
11. Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento do foco [GRT (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 50% dos membros da comunidade;

12. Liderança comunitária comprometida: Conhecimento do foco [Uso de Álcool] não é percebido em 59% dos membros da comunidade;
13. Liderança comunitária comprometida: Conhecimento do foco [Uso de Tabaco] não é percebido em 58% dos membros da comunidade.

A gestão comunitária está comprometida em todos os seus domínios (Apêndice 7):

- ⇒ Liderança Comunitária – sete problemas;
- ⇒ Participação Comunitária - cinco problemas;
- ⇒ Processo Comunitário – um problema.

### **3.4. Fixação de Objetivos**

Depois de elaborado o diagnóstico da situação e priorizados os problemas é necessário proceder à definição dos objetivos a atingir para intervir em cada problema.

De forma a permitir uma avaliação dos resultados obtidos, é fundamental uma correta fixação dos objetivos, o que justifica a importância desta etapa (Imperator & Giralde, 1986).

Segundo Tavares, A. (1992) os objetivos deverão ser: pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis e para a sua formulação devem ter-se em conta cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido. Deste modo, considerando o dinamismo do processo de planeamento em saúde (Tavares, A., 1992), consideraram-se dois tipos de objetivos operacionais: metas a longo prazo e resultados a curto prazo.

As **Metas a longo prazo**, incluindo toda a comunidade alvo do projeto, até ao final de 2019, tendo em conta que o projeto de estágio se integra no projeto de investigação MAIEC que irá continuar depois do término do primeiro, considerando o tempo necessário para obter resultados mais abrangentes, apresentadas na Tabela 2.

Os **Resultados a curto prazo**, tendo em conta o limitado tempo para intervenção no período de estágio, associados à abordagem dos líderes formais para a promoção da documentação dos enfermeiros (que representam 12% da comunidade ACeS). Não foram consideradas metas para esta amostra da população abrangida, porque na verdade, integram-se no diagnóstico global desenvolvido com o ACeS, mas os resultados da intervenção com estes serão um primeiro caminho para atingir as metas a longo prazo.

<b>Problemas</b>	<b>Metas</b>
<b>Domínio: Liderança Comunitária Comprometida:</b>	
Conhecimento sobre o foco “CA Programa Risco: HTA” não é percecionado em 55% dos membros da comunidade.	Reduzir em 25% a não perceção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre o foco “CA Programa Risco: HTA”.
Conhecimento do foco “GRT Programa Risco: HTA” não é percecionado em 50% dos membros da comunidade.	Reduzir em 20% a não perceção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre o foco “GRT Programa de Risco: HTA”.
Conhecimento do foco “Uso de Álcool” não é percecionado em 59% dos membros da comunidade.	Reduzir em 29% a não perceção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre o foco “Uso de Álcool”.
Conhecimento do foco “Uso de Tabaco” não é percecionado em 58% dos membros da comunidade.	Reduzir em 28% a não perceção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre o foco “Uso de Tabaco”.
Conhecimento sobre o foco “CA Programa Diabetes” não é percecionado em 53% dos membros da comunidade.	Reduzir em 23% a não perceção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre o foco “CA Programa Diabetes”.

**Tabela 2 - Metas a longo prazo**

Problemas	Metas
<b>Domínio: Liderança Comunitária Comprometida:</b>	
Conhecimentos sobre a VEDE não é percebido em 71% dos membros da comunidade.	Reduzir em 41% a não percepção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre a VEDE.
Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS não é percebido em 39% dos membros da comunidade.	Reduzir em 9% a não percepção dos membros da comunidade sobre os conhecimentos sobre os objetivos de saúde do PLS.
<b>Domínio: Participação Comunitária Comprometida:</b>	
Parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a USP), para a promoção da VEDE não são percebidas por 56% dos membros da comunidade.	Reduzir em 26% a não percepção dos membros da comunidade sobre as parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a USP), para a promoção da VEDE
Parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE não são percebidas por 59% dos membros da comunidade.	Reduzir em 29% a não percepção dos membros da comunidade sobre parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE.
Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percebido como eficaz) em 53% dos membros da comunidade.	Reduzir em 23% a não percepção dos membros da comunidade sobre o circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem.

**Tabela 2 – Metas a Longo Prazo (cont.)**

<b>Problemas</b>	<b>Metas</b>
<b>Domínio: Participação Comunitária Comprometida:</b>	
Comunicação comprometida (Discussão/ análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE) em 60% dos membros da comunidade.	Reduzir em 30% a não percepção dos membros da comunidade sobre a discussão/análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE).
Existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no Diagnóstico de saúde pública associado aos DE não percebida em 46% dos membros da comunidade.	Reduzir em 16% a não percepção dos membros da comunidade sobre a existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos Diagnósticos de Enfermagem.
<b>Domínio: Processo Comunitário Comprometido:</b>	
Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a VEDE) em 92% dos membros da comunidade.	Reduzir em 82% a não percepção dos membros da comunidade na participação num projeto relacionado com a VEDE.

Tabela 2 – Metas a Longo Prazo (cont.)

### 3.5. Definição de Indicadores

De acordo com Imperatori e Giraldes (1986) existem dois tipos de indicadores, os de resultado (ou impacto) e os de atividade (ou execução). Estes também podem ser chamados indicadores de processo. Os primeiros medem as alterações verificadas nos problemas de saúde ou a dimensão dos problemas. Os segundos focam-se nas atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde no sentido de atingir os indicadores de resultado. É fundamental que

a avaliação dos projetos contemple estes dois tipos de indicadores. Ainda que os indicadores de resultado, muitas vezes, só possam ser avaliados a medio, longo prazo é essencial que não sejam esquecidos aquando da planificação do projeto e sua avaliação. São os indicadores de resultado que permitem avaliar ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem e, por isso, a sua utilização assume uma importância fundamental para o reconhecimento da profissão.

De seguida, apresentam-se alguns indicadores de processo e alguns indicadores de resultado que podem ser utilizados na avaliação deste projeto.

### **3.5.1. Indicadores de Processo**

1 – Taxa de efetivação das intervenções

$$\frac{\text{N.}^{\circ} \text{ de Intervenções Realizadas}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Intervenções Previstas}} \times 100$$

2 – Taxa de adesão às sessões

$$\frac{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros Presentes}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros Convocados}} \times 100$$

3 – Taxa de adesão à resposta ao questionário

$$\frac{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que responderam ao questionário}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros contactados para responderem ao questionário}} \times 100$$

### 3.5.2. Indicadores de Resultado

1 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “CA Programa Risco: HTA”

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre o foco "CA Program de Risco HTA}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

2 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “GRT Programa Risco: HTA”

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros qque não demonstram perceber conhecimento sobre o foco "GRT Programa Risco: HTA}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

3 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “Uso de Álcool”

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre o foco "Uso de Álcool}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

4 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “Uso de Tabaco”

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre o foco "Uso de Tabaco}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

5 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “CA Programa Diabetes”

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre o foco "CA Programa Diabetes"}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

6 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre a VEDE

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre a VEDE}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

7 – Taxa de percepção de conhecimento dos membros da comunidade (líderes) sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber conhecimento sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

8 – Taxa de percepção de parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da VEDE dos membros da comunidade (líderes)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

9 – Taxa de percepção de parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE, dos membros da comunidade (líderes)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber parcerias formais efetivas com outras comunidades}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

10 – Taxa de percepção do circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem, dos membros da comunidade (líderes):

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

11 – Taxa de percepção da discussão/análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE dos membros da comunidade (líderes):

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber discussão e análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

12 – Taxa de percepção da existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem dos membros da comunidade (líderes):

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber a existência de estruturas organizativas}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

13 – Taxa de percepção de participação num projeto relacionado com a VEDE dos membros da comunidade (líderes):

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que não demonstram perceber participação num projeto relacionado com a VEDE}}{\text{N.}^{\circ} \text{ de Enfermeiros que participaram na sessão}} \times 100$$

### 3.5.3. Indicadores de Estrutura

- ⇒ **Condições estruturais:** Salas para as sessões;
- ⇒ **Condições de recursos:** Informáticos, técnicos.

### 3.6. Seleção de Estratégias

Tendo como finalidade reduzir os problemas de saúde identificados, torna-se necessário selecionar as estratégias que melhor permitem alcançar os objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1986).

De acordo com os problemas identificados foram traçadas intervenções e estratégias para cada um deles, conforme se pode observar na Tabela 3.

Problemas	Intervenção	Estratégia
<b>Domínio: Liderança Comunitária Comprometida:</b>		
Conhecimento sobre o foco “CA Programa Risco: HTA” não é percebido em 55% dos membros da comunidade	Ensinar sobre o foco “CA Programa Risco: HTA”	Ação de Formação
Conhecimento do foco “GRT Programa Risco: HTA” não é percebido em 50% dos membros da comunidade	Ensinar sobre o foco “GRT Programa Risco: HTA”	Ação de Formação
Conhecimento do foco “Uso de Álcool” não é percebido em 59% dos membros da comunidade	Ensinar sobre o foco “Uso de Álcool”	Ação de Formação
Conhecimento sobre o foco “CA “Programa Diabetes” não é percebido em 53% dos membros da comunidade	Ensinar sobre o foco “CA “Programa Diabetes”	Ação de Formação

<b>Problemas</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Estratégia</b>
<b>Domínio: Liderança Comunitária Comprometida:</b>		
Conhecimentos sobre a VEDE não é percebido em 71% dos membros da comunidade	Ensinar sobre VEDE	Ação de Formação
Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS não é percebido em 39% dos membros da comunidade	Ensinar sobre objetivos do PLS do ACeS	Ação de Formação
<b>Domínio: Participação Comunitária Comprometida:</b>		
Parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da VEDE não são percebidas por 56% dos membros da comunidade	Otimizar o processo de grupo comunitário Promover Parcerias	Criação do ODE; Promover a parceria do ODE com o GRECSP.
Parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE não são percebidas por 59% dos membros da comunidade	Otimizar o processo de grupo comunitário; Promover parcerias	Promover parceria do ODE com os SPMS.
Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percebido como eficaz) em 53% dos membros da comunidade	Otimizar processo de grupo comunitário; Otimizar comunicação	Criar mail do ODE; Partilhar regulamento interno do ODE; Criar outros mecanismos de comunicação (ex.: newsletter)
Comunicação comprometida (Discussão/ análise das questões relacionadas com a documentação e		

VEDE) em 60% dos membros da comunidade		
Existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem não percecionada em 46% dos membros da comunidade	Otimizar processo de grupo comunitário: Promover a criação de estrutura organizativa	Criação do ODE
<b>Domínio: Processo Comunitário Comprometido:</b>		
Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a VEDE) em 92% dos membros da comunidade	Promover coping comunitário: Identificação de recursos na comunidade para a VEDE.	Divulgar o ODE por toda a comunidade; Criar circulares com os resultados da VEDE.

**Tabela 3 - Intervenção e Estratégias**

### 3.7. Elaboração do Projeto

A construção de um projeto tem como objetivo a execução das estratégias definidas, com uma organização delineada pormenorizadamente de forma a ser exequível. Define-se como projeto porque decorre durante um período de tempo bem delimitado (Imperatorii & Giraldes, 1986).

Para este projeto implicou o uso dos seguintes recursos:

- **Físicos:** Sala de Formação da USP e ACeS
- **Materiais:** Videoprojector e computador portátil.
- **Humanos:** dois Enfermeiros da USP Especialistas em Enfermagem Comunitária, um Enfermeiro Orientador da UCP e Enfermeiro em estágio do curso de mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

### **3.8. Avaliação do Projeto**

A avaliação do projeto apresenta cinco constituintes: a pertinência, o grau de execução em relação ao objetivo previsto, o rendimento, a eficácia e o impacto (Imperatori & Giraldes, 1986).

Neste estágio não se interveio em todo o ACeS porque as metas estavam traçadas para final de 2019 e as oportunidades de intervenção seriam melhor aproveitadas com os líderes (representando 8% da população de enfermeiros).

Deste modo, para a avaliação dos resultados, foi aplicado aos líderes um questionário de avaliação idêntico ao do diagnóstico (Apêndice 7), mas centrado apenas nos problemas priorizados. Responderam ao questionário 45% dos líderes. Apresentam-se de seguida os resultados identificados após a intervenção com as Líderes da Comunidade ACeS.

#### **Indicadores de Processo:**

1. Taxa de efetivação das intervenções = 100%
2. Taxa de adesão às sessões = 100%
3. Taxa de adesão ao questionário = 45%

#### **Indicadores de Resultado**

1. Taxa de perceção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “CA Programa Risco: HTA” = 22,2%
2. Taxa de perceção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “GRT Programa Risco: HTA” = 22,2%
3. Taxa de perceção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “Uso de Álcool” = 33,3%

4. Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “Uso de Tabaco” = 33,3%
5. Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre o foco “CA Programa Diabetes” = 22,2%
6. Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre a VEDE = 66,7%
7. Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado dos membros da comunidade (líderes) sobre os objetivos de saúde do PLS do ACeS = 33,3%
8. Taxa de percepção de parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da VEDE dos membros da comunidade (líderes) não demonstrada = 77,8%
9. Taxa de percepção de parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da VEDE, dos membros da comunidade (líderes) não demonstrada = 66,7%
10. Taxa de percepção do circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem, dos membros da comunidade (líderes) não demonstrada = 66,7%
11. Taxa de percepção da discussão/análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE dos membros da comunidade (líderes) não demonstrada = 66,7%
12. Taxa de percepção da existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem dos membros da comunidade (líderes) não demonstrada = 44,4%
13. Taxa de percepção de participação num projeto relacionado com a VEDE dos membros da comunidade (líderes) = 100%

**Indicadores de Estrutura:** Os resultados obtidos demonstram que a logística foi a adequada para a realização do projeto, em contexto do estágio.

### **3.9. Discussão de Resultados**

A implementação deste projeto na ULS constituiu um desafio para todos os intervenientes. Dado ser um projeto recente foram-se verificando algumas arestas que precisam ainda de ser limadas, mas também se augura muito potencial.

O diagnóstico de saúde levado a cabo através do grupo focal e do questionário constituíram o primeiro contacto com a comunidade e a apresentação do projeto. Verificou-se no grupo focal uma perceção baixa de empoderamento em relação às nove dimensões analisadas, mas também foi notório uma certa curiosidade para este novo paradigma. Tendo em conta que os enfermeiros que faziam parte do grupo focal – enfermeiros que integram a gestão das diferentes unidades funcionais do ACeS – considera-se que este grupo pode assumir um papel de ligação entre a unidade funcional de onde é responsável e a USP no sentido facilitar o contacto e a simbiose entre ambos, relevando a vantagem da monitorização da saúde da população por meio dos registos de enfermagem e a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Apesar da instituição onde o estágio foi desenvolvido já ter filosofia de refletir sobre a documentação, com a existência grupos formais, e de ter sido das pioneiras na informatização na prática clínica, a comunidade estava comprometida nos três domínios de gestão comunitária: Liderança Participação e Processo Comunitário.

Dos resultados obtidos no questionário, observou-se que na maioria, a informação não era considerada clara, os recursos eram apontados como insuficientes, sendo que os humanos era os mais apontados em falta, não consideravam existir parcerias formais efetivas dentro e com outras comunidades ACeS, assim como não consideravam existir estruturas organizativas que envolvessem a unidade onde trabalhavam no DS. Para além dessas

evidências ressalva-se também que a maioria dos profissionais de enfermagem considerava que as questões relacionadas com a documentação e VEDE não eram analisados. A percepção sobre o conhecimento dos objetivos do PLS e VEDE também eram significativamente diminuídos. Havia, no entanto, a percepção que a sua documentação era importante para o PLS, assim como a VEDE era importante para 90% dos enfermeiros. A maioria considerava possuir experiência profissional com sistemas de informação e níveis superiores de formação para documentar os diferentes focos, mas, contudo, referiam necessitar de formação em todos os focos em análise.

Foram considerados para priorização os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, e dos 33 problemas identificados na população foram priorizados 13: 7 relacionados com a liderança comunitária, 5 relacionados com a participação comunitária e 1 relacionado com o processo comunitário.

Ciente da importância de planear estrategicamente a intervenção para maximizar resultados dentro do tempo e os recursos disponíveis, considerou-se prioritário intervir nos líderes da comunidade, como forma de alicerçar o seu envolvimento, indispensável para a continuidade da intervenção com os restantes membros da comunidade, sendo os líderes considerados como uma população diferenciada dos restantes membros da comunidade pelo MAIEC, quer na atividade de diagnóstico, quer nas intervenções propostas na sua matriz de decisão clínica. Deste modo, os resultados obtidos, resultantes da intervenção com os líderes (que representam 8% da comunidade), indicam, pela forma como se foram envolvendo no projeto, que identificam problemas que carecem de continuidade de intervenção, apresentando por isso, à escala da amostra que representam, uma maior prevalência dos problemas em relação à comunidade global. Contudo, e porque o processo de planeamento em saúde é dinâmico, a riqueza dos indicadores identificados, permite orientar um caminho que conduzirá ao efetivo empoderamento da comunidade ACeS, que os autores identificam como um processo moroso. Por isso este estágio, contribuiu para uma parte da intervenção

do projeto MAIEC que continuará em curso, alicerçado nos dados que se conseguiram atingir durante o estágio.

Os resultados obtidos neste grupo poderão indicar que, dado estarem mais envolvidos na reflexão da documentação em enfermagem assim tendo conhecimentos mais profundo das estruturas da organização, percebem a realidade com uma consciência mais crítica.

Os líderes formais, mais cientes da realidade, são uma mais valia para junto da restante comunidade fomentarem registos de enfermagem que descrevam de forma uniformizada os cuidados de enfermagem prestados à comunidade. É indispensável que os dados resultantes dos registos permitam um reservatório rico em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em que os enfermeiros estejam empoderados da importância que os seus *in-puts* geram nos *out-puts* do sistema. Importa intervir nos problemas identificados como prioritários para uma uniformização da prática de documentação que reflita a qualidade dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde.

Ressalva-se ainda o facto deste ACeS ter 77% de enfermeiros titulares de especialidade nas diferentes áreas em enfermagem. Considerando o trabalho desenvolvido por Lopes, Gomes, & Almada-Lobo (2018) para a Ordem dos enfermeiros, os enfermeiros especialistas tendem a ter mais conhecimentos e menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente, pelo que nesta comunidade considera-se que há um bom ponto de partida para cuidados de excelência, em que haverá benefícios quer para a comunidade, mas também para a instituição.

A extração de dados foi condicionada pelas novas regras de proteção de dados que entraram em vigor no ano de 2018. Pretendia-se a extração dos dados estatísticos referentes aos registos de enfermagem de modo a avaliar o padrão de documentação, contudo esses dados só foram obtidas no final de Fevereiro, pelo que não foi passível a sua análise para a inclusão neste relatório. Como este é um projeto se manterá em desenvolvimento, acredita-se que a informação resultante desta base de dados e que será analisada para prossecução

dos objetivos traçados, poderá orientar a investigação e a avaliação da intervenção junto da comunidade ACeS.

No que concerne à divulgação da VEDE na USP, foi realizada uma sessão informativa para toda a equipa multidisciplinar. Pretendeu-se empoderar toda a equipa para as potencialidades da VEDE, havendo alguma relutância às suas mais-valias. Dessa forma, assim que se obtiverem alguns resultados da análise dos dados de registo, dever-se-á ponderar nova ação. A avaliação global desta sessão pelos participantes foi de 3 em 4.

A criação do ODE, que era também uma das estratégias de intervenção para os problemas relacionados com a participação comunitária e processo comunitário está ainda a ser desenvolvido. Para a sua implementação e regulamentação estão a ser incluídos contributos pelos diferentes níveis de gestão, assumindo que desta forma a sua construção será mais sólida e efetiva.

Pode-se concluir que apesar de não haver a perceção de investimento até à data na VEDE, a comunidade vê potencialidades. Deve-se portanto, empoderar os diferentes níveis de gestão das unidades para a importância desta atividade, fornecendo formação sobre as áreas em que os profissionais percecionam como insuficiente e desta forma facultar-lhes todas as ferramentas, para uma documentação fidedigna que traduza as intervenções de enfermagem de forma a que possam também elas serem geradoras de indicadores a serem introduzidos na avaliação do contributo dos enfermeiros para as metas do Plano Nacional de Saúde.

## Capítulo 4. Conclusão

A sociedade portuguesa vê-se confrontada com um contexto de mudança em termos epidemiológicos e demográficos, em que apesar do progresso científico e o desenvolvimento tecnológico, os recursos são cada vez mais limitados e emergem novos desafios à saúde da população. É essencial que as equipas multidisciplinares unam esforços para identificar os fatores que potencialmente condicionam positiva e negativamente o estado da saúde da população o que permitirá uma identificação de necessidades em saúde, antecipação a ocorrências de problemas de saúde e uma maior racionalização dos recursos existentes.

A USP, observatório de saúde local, tem um papel essencial no desenvolvimento de sinergias entre o setor da saúde e restante sociedade para prevenção da doença e promoção da saúde, devendo a equipa multidisciplinar desenvolver as suas atividades orientadas segundo os eixos estratégicos do PNS – cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis.

O EEEEC, pode e deve assumir um papel de relevo nesta equipa. Deverá para isso integrar na sua atuação o conhecimento da população onde a unidade se insere, e a visão holística do utente, família, comunidade e sistema de saúde de forma a uma alocação mais eficaz e eficiente dos diferentes recursos. Deverá usar para isso o planeamento em saúde no sentido de analisar as alternativas e implicações das escolhas, numa abordagem centrada na população, para que a priorização se alinhe de forma efetiva com as suas necessidades.

A avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública realizada sobre a visão do EEEEC permite-lhe o desenvolvimento dos programas/projetos de intervenção, com vista ao empoderamento comunitário e ao pleno exercício da cidadania.

Assim sendo, pelo papel fundamental que os enfermeiros desempenham junto da população, torna-se premente a formulação de indicadores, sobretudo de resultado, que permitam avaliar a qualidade dos cuidados prestados e monitorizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Ao se promover o empoderamento da comunidade de enfermeiros para a necessidade de documentação dos diagnósticos de enfermagem, assim como ao ser iniciado um processo de vigilância epidemiológica sistemático, poder-se-á estar a contribuir para essa valorização e clarividência da prática dos cuidados de enfermagem.

Todas as atividades desenvolvidas durante o estágio tiveram em conta os objetivos gerais e específicos traçados no início e que pretenderam o desenvolvimento de competências.

Neste processo foram sempre consideradas as competências comuns do Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para além destas, as atividades realizadas no decurso deste processo académico tiveram como enfoque major o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, que são: estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, e realiza e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico.

Considerando estes eixos, a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” foi desenvolvida pela implementação do Projeto MAIEC no ACES. Usando como metodologia o Planeamento em Saúde e como referencial o modelo de decisão clínica MAIEC, foram identificados trinta e três problemas, após um diagnóstico de saúde à comunidade de enfermeiros do ACES. Dos problemas identificados, foram considerados treze como prioritários, através do processo de priorização que teve em consideração a magnitude, transcendência e vulnerabilidade de cada um dos

aspectos. Após esta etapa levou-se a cabo a formulação de objetivos e estratégias, sendo desenvolvido projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e posterior avaliação das atividades desenvolvidas.

O planeamento em saúde que foi desenvolvido permitiu apreender o quanto cada uma das etapas é fundamental para uma intervenção que responda às necessidades efetivas da comunidade. De salientar que apesar de no estágio anterior ter tido um primeiro contacto com este processo, neste estágio as atividades foram pensadas a longo prazo o que permite ter a sensação de que o projeto vai continuar para lá do termino do estágio e desta forma poderá contribuir para o início de um novo paradigma da vigilância dos Diagnósticos de Enfermagem. Desta forma este foi sem dúvida um marco importante na minha formação como futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária, onde fica evidente que o planeamento em saúde é uma ferramenta fundamental, mas também um processo complexo, que requer conhecimentos e experiência para a capacitação adequada de grupos e comunidades, onde o elemento “empoderamento” pode ser a chave para a real promoção de saúde.

A mobilização de conhecimentos das diversas áreas para a ação formativa, realizada com a comunidade de líderes para a documentação em enfermagem, procurou investir na capacitação do grupo no sentido de os sensibilizar e empoderar para a importância dos diagnósticos de enfermagem e potencialidades associadas da sua vigilância epidemiológica. Estas ações enquadram-se no desenvolvimento da competência específica “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

A competência específica “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde” foi desenvolvida com a consulta dos documentos estratégicos nacionais – Plano Nacional de Saúde Extensão 2020; documentos estratégicos locais como o Diagnóstico de Saúde, o Plano de Atividades, a Carga da Doença e o Perfil de Saúde da área de Abrangência do ACeS. A sua consulta permitiu conhecer a população do ACeS e compreender de que forma é que as

recomendações nacionais eram articuladas e operacionalizadas a nível local. Também forem estes documentos que para além de outros estiveram na base da seleção dos Focos de Enfermagem prioritários.

Para além da atividade acima descrita, tive também a oportunidade de estar presente numa reunião da CTN e perceber de que forma os indicadores são selecionados para os termos de referência desenvolvidos pela ACSS. Esta reunião permitiu-me compreender *in loco* os contributos das diferentes organizações como a ACSS, Ordens profissionais, sindicatos e ARS para a formulação de novos indicadores a integrar na avaliação dos serviços de saúde.

A implementação do projeto de investigação MAIEC inserido no CIIS da UCP, incorpora na sua essência a preocupação pela vigilância epidemiológica, neste caso no que concerne aos Diagnóstico de Enfermagem produzidos pelo do grupo alvo – os enfermeiros do ACeS. Assim sendo, esta atividade foi potenciadora para o desenvolvimento da competência específica “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geo-demográfico”.

Para além das competências relacionadas com a especialização em Enfermagem Comunitária também foram desenvolvidas competências inerentes ao grau de Mestre. A formação inicial, pessoal, profissional e académica foram utilizadas para gestão adequada das questões complexas, comunicação de informação complexa de âmbito profissional e académico, avaliação adequada dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada, alicerçando a tomadas de decisão à evidência científica e às responsabilidades sociais e éticas. Foram aprofundados conhecimentos relacionados com o processo de investigação, com a consciência da sua importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas sobretudo nas implicações este processo tem no desenvolvimento do conhecimento a nível local e para a disciplina de enfermagem, onde todos devem estar envolvidos. Os conhecimentos adquiridos na especialização continuamente incorporados na prática diária no meu local de trabalho, onde faço parte de uma comunidade de enfermeiros que trata uma comunidade de clientes, onde é essencial todos estarmos devidamente empoderados para zelar pela qualidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio, para o sucesso das atividades foram operacionalizados os conhecimentos aprendidos ao longo do percurso pessoal, profissional e acadêmico no sentido lidar com as condicionantes existentes. Exemplo disso foi a resistência que existia pela equipe multidisciplinar na USP, o que exigiu uma adequada sensibilização com evidências científicas e determinantes de saúde para introdução do conceito de VEDE, sendo para isso realizada uma sessão que pretendeu empoderar esta equipe para este projeto, onde foi possível esclarecer dúvidas e desmistificar preconceitos.

A equipe de enfermeiros da USP potenciaram que tivesse várias oportunidades de aprendizagem, quer nas formações em serviços que os próprios realizaram com os demais profissionais na ULS sobre Vacinação, quer no decurso das consultas de viajante, que a unidade dá apoio.

Considero que o tempo não foi suficiente para ter uma visão mais ampla da atividade geral da unidade, assim como não permitiu a intervenção sob todo o grupo, tendo que se reajustar o processo no sentido de motivar os líderes formais a envolver os membros nas atividades futuras. Contudo, também nesta limitação, tive a oportunidade de desenvolver habilidades, pois as intervenções tiveram que ser configuradas tendo em conta as limitações que existiam no local.

Pelas competências que são conferidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e no contexto da prática clínica fica claro que este é o elemento-chave para a obtenção de ganhos em saúde, pois é aquele que tem uma visão mais ampla dos problemas de saúde. Possui também o papel fundamental de priorizador através do planeamento em saúde, processo que se revelou complexo e que requer conhecimentos e experiência.

Considero que os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso possibilitaram uma maturação ao nível pessoal e profissional, para que em consonância com a evidência empírica internacional possa desenvolver a minha atividade de encontro aos grandes objetivos da governação em saúde: melhorar qualidade dos cuidados de saúde, reduzir as

desigualdades, melhorar o acesso, apostar na promoção da saúde e no combate à doença crónica.

## Capítulo 5. Bibliografia

- ACSS. (2018). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Bastos, J. (2018). *Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem- Projeto de Empoderamento Comunitário num ACeS*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Porto.
- Bertoletti, A., Costa, A., Costa, F., Oliveira, A., Oliveira, C., & Araújo, T. (2012). *Diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão arterial*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 13(3), 623-631.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstom, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª ed.). (C. Juraci, Trad.) São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.
- Braga, A., Cortez, E., Carneiro, F., & Martins Jr, W. (2011). *Atuação do enfermeiro no controle de endemias*. Enfermería Global, 23, 320-329.
- Choi, B. (2012). *The past, present and future of public health surveillance*. Scientifica, 1-26.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra-Suíça.

- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2.
- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). *Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n.º 15, 73-82.
- Diário da República. (22 de Fevereiro de 2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008*. 1.a série—N.º 38.
- Diário da República. (16 de julho de 2018). Diário da República N.º 135. Regulamento n.º 428/2018: *As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, 19354-19359. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma 036/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 030/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012 – 2016* (Direção-Geral da Saúde ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Obtido em 24 de Novembro de 2018, de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sinave.aspx>

- Faria, L., & Bertolozzi, M. (2010). *A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde*. Revista Escolar de Enfermagem USP, 44(3), 789-795.
- Forattini, O. (2004). *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade* (2ª ed.). São Paulo: Editora Artes Médicas.
- Foschiera, F., & Viera, C. (2004). *O diagnóstico de Enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 6, n.º2, 189-198.
- Franzen, E., Scain, S., Záchia, S., Schmidt, M., Rabin, E., Rosa, N., . . . Heldt, E. (2012). *Consulta de Enfermagem Ambulatorial e Diagnósticos de Enfermagem Relacionados a Características Demográficas e Clínicas*. Revista Gaúcha Enfermagem, 33(3), 42-51.
- Gomes, D. (Janeiro de 1994). *A Epidemiologia para o Enfermeiro*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2, 31-39.
- ICN. (2015). *Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. International Council of Nurses.
- Infopédia - Dicionários Porto Editora. (2018). Infopédia - Dicionários Porto Editora. Obtido em 25 de Novembro de 2018, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/vigiar>
- Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Leite, J., Assis, M., & Cerqueira, E. (2003). *Vigilância Epidemiológica no Sistema Local de Saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem, 56(2), 178-183.

- Lima, A., & Ortiz, D. (2015). *Custo direto da condução e documentação do processo de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(4), 683-689.
- Lôbo, C., Cunha, M., Ponte, V., Costa, E., Araújo, M., & Araújo, T. (2018). *O ensino de vigilância sanitária na formação do enfermeiro*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52, 1-9.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico*. Universidade do Minho.
- Maraschin, M., & Carraro, T. (jan/jun de 2001). *Vigilância Epidemiológica*. Cogitare Enfermagem, 6, nº 1, 25-31.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *RSE - Registo de Saúde Electrónico: Documento do Estado da Arte*. Administração Central do Sistema de Saúde, Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2010). *Registo de Saúde Electrónico: Plano de Operacionalização*. Administração Central do Sistema de Saúde, Lisboa.
- Moorhouse, M., & Doenges, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico* (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Mota, L., Cruz, M., & Costa, C. (2016). *Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma*. Revista de Enfermagem Referência, IV - nº 11, 71-79.
- Mota, L., Pereira, F., & Sousa, P. (Fev./Mar. de 2014). *Sistema de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 1, 85-91.

- NANDA. (s.d.). NANDA International, Inc. All Rights Reserved. Obtido em 26 de Novembro de 2018, de <http://kb.nanda.org/article/AA-00399/0/O-que-é-um-diagnóstico-de-enfermagem.html>
- Nichiata, L., Takahashi, R., Fracolli, L., & Gryscheck, A. (2003). *Relato de uma experiência de ensino de enfermagem em saúde coletiva: a informática no ensino de vigilância epidemiológica*. Revista Escolar de Enfermagem USP, 37(3), 36-43.
- Nogueira, F. (2015). *Empoderamento dos Enfermeiros: estudo de alguns intervenientes*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Nunes, E., & Monteiro. (2017). *Orientações Programáticas a 2020 do Programa Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT)*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Relatório Primavera 2018*. Lisboa: Meio Caminho andado.
- Oliveira, T. (1989). *Implementação de ações de vigilância epidemiológica em nível regional*. Revista de Saúde Pública, 23(1), 79-81.
- Ordem dos Enfermeiros. (Março de 2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. n.º 6.
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Obtido em janeiro de 2019
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Regulamento n.º 128/2011, 2ª Serie, nº 35.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de Junho de 2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 96/2018*.

- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., . . . Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (Junho de 2012). *Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 7-12.
- Pedersoli, C., Antonialli, E., & Vila, T. (1998). *O Enfermeiro na Vigilância Epidemiológica no Município de Ribeirão Preto 1988-1996*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 6, n.º 5, 99-105.
- Peres, H., Cruz, D., Lima, A., Gaidzinski, R., Ortiz, D., Trindade, M., . . . Conceição, N. (2009). *Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções*. *Revista Escolar Enfermagem USP*, 43 (Esp 2), 1149-1155.
- Peres, H., Lima, A., Cruz, D., Gaidzinski, R., Oliveira, N., Ortiz, D., . . . Tsukamoto, R. (2012). *Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 543-548.
- Rocha, A., Breier, A., Souza, B., Almeida, C., Santos, C., Rohloff, C., . . . Reinher, S. (2017). *Sobre a Residência Integrada em Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde*. *Ciência & Saúde Colectiva*, 22(10), 3467-3472.
- Rodrigues, V., Fracolli, L., & Oliveira, M. (2001). *Possibilidades e Limites do Trabalho de Vigilância Epidemiológica no Nível Local em Direcção à Vigilância à Saúde*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 313-319.

- Sanches, O. (1993). *Análise rotineira de dados de vigilância em saúde pública: que procedimentos utilizar?* Revista de Saúde Pública, 27(4), 300-304.
- Seta, M., Oliveira, C., & Pepe, V. (2017). *Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(10), 3225-3234.
- Silva, L. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sousa, F., Goulart, M., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D., Vieira, F., . . . Loura, M. (2017). *Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de percurso*. Revista de Saúde Pública, 51:11, 1-10.
- Souza, J., Tholl, A., Córdova, F., Heidemann, I., Boehs, A., & Nitschke, R. (2014). *Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção de saúde*. Ciências & Saúde Coletiva, 19(7), 2265-2276.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador-BA: EDUFBA.
- Villa, T., Almeida, M., Palha, P., Muniz, J., Gonzales, R., Neto, J., & Vendramini, S. (2002). *A prática na vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico*. Revista Brasileira de Enfermagem, 55, n.º 2, 169-173.
- Wagner, M., Tsui, F., Espino, J., Dato, V., Sittig, D., Caruana, R., . . . Fridsma, D. (2001). *The Emerging Science of Very Early Detection of Disease Outbreaks*. Journal Public Health Management Practice, 7, N.º 6, 51-59.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Suíça: World Health Organization.

Yakuwa, M., Sartori, M., Mello, D., Duarte, M., & Tonete, V. (2015). *Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros*. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(3), 384-390.

## **Anexos**

## Anexo 1

Atividades assistenciais contratualizadas para os Cuidados de Saúde Primários, Capítulo II do Contrato-Programa 2017-2019 (ULS, 2017, p. 3).

<b>Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida</b>
Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar
Taxa de utilização da consulta de saúde materna
Percentagem de grávidas com primeiras consultas no primeiro trimestre
Número médio de consultas médicas por grávida vigiada
Número médio de consultas de enfermagem por grávida vigiada
Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada
Taxa de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas durante a gravidez
Percentagem de recém-nascidos prematuros
Percentagem de utentes com PNV atualizado aos 2 anos
Percentagem de utentes com PNV atualizado aos 6 anos
<b>Programas de Vigilância Oncológica /Rastreios</b>
Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos)
<b>Vigilância clínica das situações de doença crónica</b>
Nº de internamentos médicos não programados/ Nº de residentes
Nº de diabéticos vigiados / Nº de diabéticos identificados
Percentagem de diabéticos com uma referência para oftalmologia registada no ano
Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
Nº de hipertensos vigiados / Nº de hipertensos identificados
Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
Incidência de enfartes do miocárdio na população residente
<b>Cuidados em situação de doença aguda</b>
Nº de casos referenciados para o SU/ população residente

## Apêndices

## Apêndice 1 – Questionário

# MAIEC - Projeto de Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

O ACeS de Matosinhos, em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP), tem em curso um projeto que tem como finalidade contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

Este projeto integra-se no projeto MAIEC da Nursing Research Platform do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP associado ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da estudante Sandra Santos, com orientação da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Pública da ULSM.

Tem como referencial teórico o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite constituir o ACeS Matosinhos como uma comunidade alvo de intervenção dos Enfermeiros.

O Modelo serviu de base para a elaboração do questionário, que avalia o foco "Gestão Comunitária", centrado na vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem relacionados com os focos:

- 1 - "Uso de tabaco",
- 2 - "Uso de álcool",
- 3 - "Gestão do Regime Terapêutico" (Programas: Risco HTA e Diabetes), 4 - "Comportamento de Adesão" (Programas: Risco HTA e Diabetes).

Estes fenómenos foram selecionados em consonância com o Plano Local de Saúde e nas necessidades identificadas como prioritárias na população de Matosinhos.

O questionário é de preenchimento rápido e contamos com a sua colaboração para o sucesso do nosso projeto.

Garante-se a confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode entrar em contacto com:

Professor Pedro Melo (orientador científico) - [pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt), 916 725 122

Enfermeira Sandra Santos (estudante de Mestrado) - [sanasantos@gmail.com](mailto:sanasantos@gmail.com), 917 938 993

Unidade de Saúde Pública (equipa de Enfermagem) – [enfermeiros.usp@ulsm.min-saude.pt](mailto:enfermeiros.usp@ulsm.min-saude.pt)



\* Required

O tempo medio de preenchimento do questionário é de 5 minutos.

**1. Aceito participar nesta atividade de diagnóstico do projeto MAIEC, preenchendo este questionário. \***

Sim.

## Grupo I

**1-Sexo \***

Feminino   
Masculino

**2-Idade \*** \_\_\_\_\_

**3-Experiência profissional como enfermeiro(a) (anos) \*** \_\_\_\_\_

**4-Experiência profissional na Unidade Funcional do ACeS onde exerce funções (anos) \***  
\_\_\_\_\_

**5-Tem alguma especialidade em Enfermagem? \***

Não tenho especialidade em Enfermagem   
Enfermagem Comunitária   
Enfermagem Médico-cirúrgica   
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica   
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica   
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica   
Enfermagem de Reabilitação

**6-Habilitações \***

- Licenciatura  Skip to question 7  
 Mestrado  Skip to question 6.1.  
 Doutorado  Skip to question 6.1.  
 Other:  Skip to question 6.1.

**6.1-Se apresenta mestrado ou doutorado, em que área? \*****7-Em que unidade do ACeS exerce funções? \***

- CDP   
 UCC Leça da Palmeira   
 UCC Matosinhos   
 UCC S. Mamede Infesta   
 UCC Sra. da Hora   
 UCPS de Matosinhos   
 UCPS S. Mamede Infesta   
 UCSP Sta. Cruz do Bispo   
 USF Caravela   
 USF Custóias   
 USF Dunas   
 USF Horizonte   
 USF Infesta   
 USF Lagoa   
 USF Leça   
 USF Maresia   
 USF Oceanos   
 USF Porta do Sol   
 USF Progresso   
 USP   
 Direção de Enfermagem/ Gestão (chefe ou responsável)   
 Other:

**7.1-No exercício das suas funções documenta cuidados no SClínico? \***

- Sim  Skip to question 11.  
 Não  Skip to question 8.

**Grupo II.**

Relativamente à unidade onde trabalha, e considerando a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, responda às perguntas que se seguem selecionando apenas uma das opções

**8-Considera que existe um ou mais líderes relacionados com a promoção de uma documentação promotora da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**8.1-Se sim, considera clara a comunicação com o(s) líder(es) sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**9-Considera que existem recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico, para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

Não se aplica

**9.1-Se respondeu "Não", que recursos considera ter em falta? \***

Humanos

Materiais

Organizacionais

Outros:  \_\_\_\_\_

**10-Considera que existem parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**11-Considera que existem parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**12-Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim   
 Não   
 Não sei responder   
 Não se aplica

**13-Considera ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados? \***

Sim   
 Não   
 Não sei responder   
 Não se aplica

**14-Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem? \***

Sim   
 Não   
 Não sei responder   
 Não se aplica

**15-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Tabaco"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**16-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Álcool"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**17-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**18-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**19-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**20-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)"? \***

Selecione na escala seguinte a sua resposta, onde 0 corresponde a "Não tenho formação" e o 5 equivale a "Tenho formação avançada"

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	
Não tenho formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho formação avançada

**21-Tendo em conta os seguintes focos, considera precisar de formação? \****Mark only one oval per row.*

	Sim	Não
Uso de Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22-Considera que as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem são analisadas/discutidas? \***

Sim

Não

Não sei responder

**23-Tem conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS?\***

Sim

Não

Não sei responder

**24-Considera ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**25-Considera importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim

Não

Não sei responder

**26-Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS? \***

Sim

Não

Não sei responder

**27-Com que frequência avalia os focos em estudo? \****Mark only one oval per row.*

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase sempre
Uso de tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (associado ao Programa Nacional para a Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (associado ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Risco: Hipertensão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (associado ao Programa Nacional para a Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (associado ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Risco: Hipertensão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? \***

*Mark only one oval per row.*

	Pouco importante	Importante	Muito importante
Uso de tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**29-Tem alguma experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

Sim   
 Não

**30-Sente-se motivado para participar num projeto no seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? \***

Sim   
 Não

**31-Justifique, se possível, a sua resposta anterior.**

---



---

## Apêndice 1 – Resultados do Questionário

A primeira questão deste grupo era sobre a existência de líder/es relacionados com a promoção da documentação promotora da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, sendo que da amostra a maioria (42,5%) considerava existirem, 36,3% considerava que não existiam de 21,3% não sabiam responder. Dos que consideraram existirem líder/es nesta área, 44,1% considerava que a comunicação não era clara, ao contrário de 41,2% que considerava clara. 14,7% optou pela resposta “Não sei responder”.

Quando questionados sobre os recursos existentes para contribuírem com o seu diagnóstico para vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem 56,4% considerou não existirem recursos suficientes, 23,1% considera os recursos suficientes e 17,9% não sabe responder e 2,56% considera que não se aplica.

Dos 44 elementos que identificaram a falta de recursos, os mais referidos foram os recursos humanos (81,2%), seguido dos organizacionais por 52,3%, e por últimos recursos materiais (47,7%). Um dos elementos referiu ainda nas opções “outras” a falta de uma Filosofia Institucional orientada para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem.

Quando questionados sobre a existência de parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a Unidade e a USP) e com outras comunidades (como o SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem a maioria da amostra considerou não existirem, como se pode verificar nos gráficos A e B.

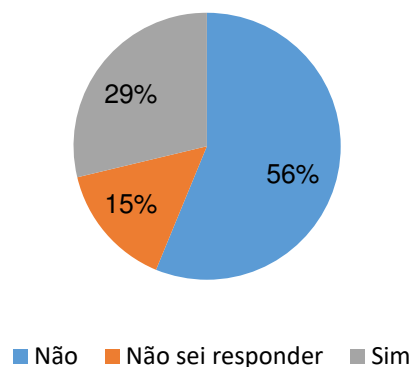


Gráfico A - Parcerias dentro do ACeS

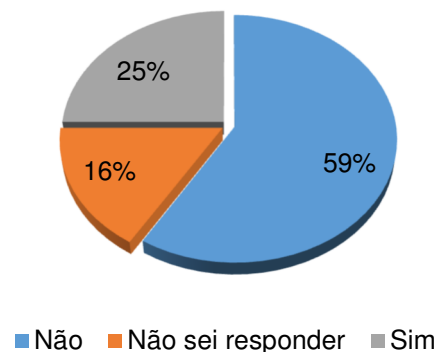
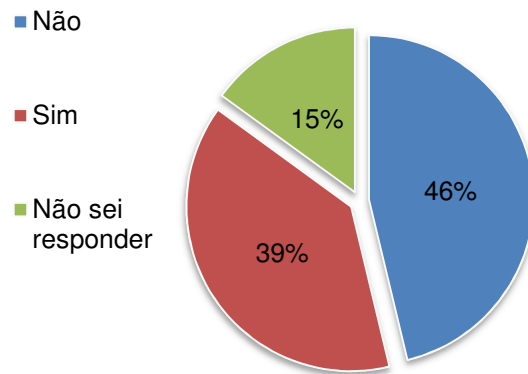


Gráfico B - Parcerias do ACeS com outras comunidades

No que concerne à existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho) envolvendo a unidade de trabalho no diagnóstico de saúde pública associada aos diagnósticos de Enfermagem a maioria considera não existirem, contudo sem grande diferença nominal dos que consideram existir. A distribuição de respostas encontra-se abaixo representada no gráfico C.

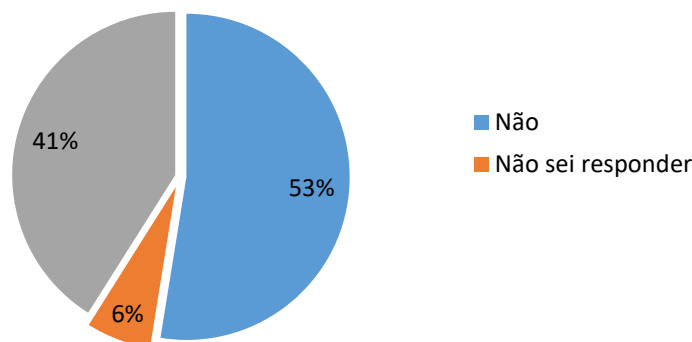


**Gráfico C – Existência de Estruturas Organizativas**

Relativamente à experiência profissional com sistemas de informação em enfermagem para documentar adequadamente os seus cuidados 66,7% considera ter experiência, enquanto 29,5% não considera ser detentor da experiência profissional e 3,8% não sabe responder.

Colocando à consideração a eficácia do circuito de comunicação entre a unidade onde exerce funções, hospital e restante ACeS, para compreender a importância da documentação para o diagnóstico de saúde pública associada aos diagnósticos de enfermagem obtiveram-se os resultados apresentados no gráfico D.

**Gráfico D - Eficácia do circuito de comunicação**



Considerando a formação para documentar os cuidados prestados relativamente aos focos em estudo os resultados encontram-se na tabela A. Conforme se pode verificar a formação mais representativa para cada foco encontra-se nos níveis superiores formativos - Nível 3, considerado bom e o Nível 4, considerado muito bom.

Nível de Formação	0	1	2	3	4	5
Uso de Tabaco	16	6	15	22	16	3
Uso de Álcool	15	7	16	25	14	1
GRT Programa Diabetes	7	5	10	19	30	7
GRT Programa Risco HTA	6	6	10	22	28	6
CA Programa Diabetes	9	6	7	23	27	6
CA Programa Risco HTA	8	7	10	25	22	6

**Tabela A – Perceção de Formação dos Focos**

Apesar dos bons resultados ao nível da formação para documentação quando os profissionais foram questionados sobre a necessidade de formação a maioria considera necessitar de formação nos focos em estudo, sobretudo no “Uso de Álcool”. Os resultados estão apresentados na Tabela B.

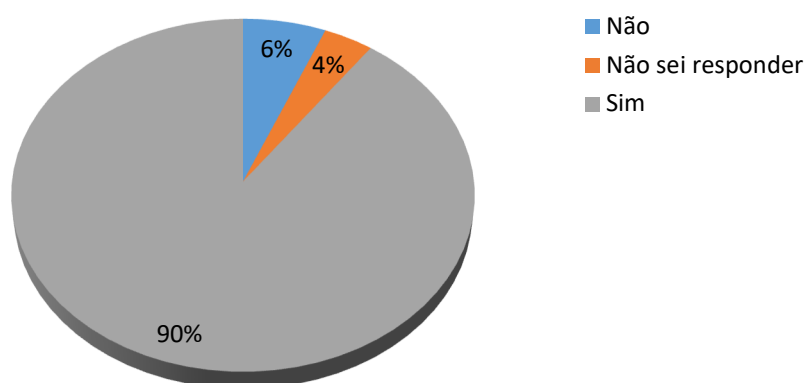
Necessidade de Formação	Sim	Não
Uso de Tabaco	58	20
Uso de Álcool	59	19
GRT Programa Diabetes	48	30
GRT Programa Risco HTA	50	28
Comportamento de Adesão Programa Diabetes	53	25
Comportamento de Adesão Programa Risco HTA	55	23

**Tabela B – Perceção da necessidade de Formação**

A maioria dos profissionais de enfermagem considera que as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem não são analisadas (60%), 30% considera que são e 10% não sabe responder.

Os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS são do conhecimento de 56,25% dos Enfermeiros; 38,75% não conhece e 5% não sabe responder.

71,25% dos elementos que fizeram parte da amostra considera não ter conhecimentos sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, sendo que só 20% considera possuir conhecimentos nesta área. 8,75% não sabe responder. Quando questionados sobre a importância da existência da vigilância 90% considera que deva existir (Gráfico E).



**Gráfico E – Importância da Vigilância Epidemiológica**

Quando questionados sobre a contribuição da sua documentação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS, 69,23% considera que é importante, 16,67% não considera importante e 14,10% não sabe responder.

A frequência com que avaliam os focos em estudo são apresentados na tabela C. Conforme se pode verificar o foco mais frequentemente registado é o da “Gestão do Regime Terapêutico associado ao Programa Diabetes”.

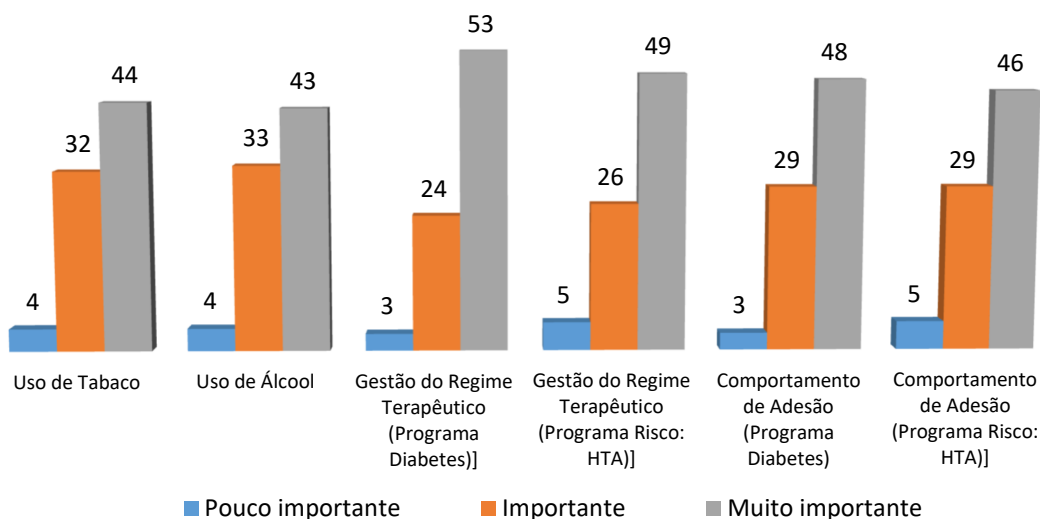
Frequência de avaliação dos Focos	Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase Sempre
Uso de Tabaco	17	11	32	18

Frequência de avaliação dos Focos	Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase Sempre
Uso de Álcool	17	14	30	17
GRT Programa Diabetes	11	12	14	41
GRT Programa Risco HTA	14	13	19	32
CA Programa Diabetes	14	15	25	24
CA Programa Risco HTA	15	20	27	16

Tabela C – Frequência com que se avaliam os Focos

Relativamente à importância que é atribuída a cada um dos focos para a monitorização da atividade diagnóstica os resultados são representados no Gráfico F. Verifica-se que todos os focos são considerados “muito importante” pela maioria dos profissionais.

Gráfico F – Importância da monitorização dos focos



Da amostra 92,5% não tem experiência anterior na participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem.

Quando questionado sobre a motivação para participar as respostas dividiram-se, em que 57,5% considera estar enquanto 42,5% não está. Em relação à justificação da resposta, dos elementos que estavam motivados a participar e responderam, alegaram razões como:

- Adequado para a unidade de trabalho
- Trabalho que permite “dar relevo aos diagnósticos de enfermagem” e importante para os ganhos em saúde;
- “Dar visibilidade aos diagnósticos de enfermagem e perceber o seu impacto na melhoria do estado de saúde da população”;
- Identificar prevalência dos diagnósticos de enfermagem documentados no ACeS e conhecer informação dos cuidados de enfermagem relevantes para a governação clínica;
- Possibilidade para criação de procedimentos internos que facilitem a sistematização da exploração de diagnósticos de enfermagem que contribuam para o diagnóstico local e planeamento em saúde.
- Tema importante e pertinente;
- Obtenção de mais saúde; possibilidade dos dados de enfermagem da vigilância epidemiológica estarem disponíveis no SNS e serem contabilizados para os IDG’s das unidades e para o financiamento;
- Obter mais conhecimentos à cerca da população e possibilitar melhores cuidados;
- Importante para fornecer dados concretos sobre a saúde da população e contribuir para a identificação dos problemas e das necessidades da população e consequentemente contribuir para o PLS. Futuramente também poderá identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem na comunidade.

Dos elementos que não se sentem motivados apresentaram razões relacionadas com:

- Falta de conhecimentos na área de vigilância epidemiológica;
- Falta de recursos humanos;
- Falta de tempo (foi referido pela maioria);
- Excesso de trabalho;
- Listas de doentes em número elevado e com “muita necessidade de cuidados”;
- Projeto que não se enquadra na “atividade assistencial de forma direta”.

### Apêndice 3 - Questões Alocadas às Dimensões MAIEC

<b>Participação Comunitária</b>
8-Considera que existe um ou mais líderes relacionados com a promoção de uma documentação promotora da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
8.1-Se sim, considera clara a comunicação com o(s) líder(es) sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
9-Considera que existem recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico, para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
9.1-Se respondeu "Não", que recursos considera ter em falta?
10-Considera que existem parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
11-Considera que existem parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
12-Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem?
14-Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem?
22-Considera que as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem são analisadas/discutidas?
<b>Processo Comunitário</b>
13-Considera ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados?
29-Tem alguma experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
<b>Liderança Comunitária</b>
15-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Tabaco"?
16-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Álcool"?
17-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)"?
18-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)"?

19-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)"?
20-Como considera a sua formação para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)"?
21-Tendo em conta os seguintes focos, considera precisar de formação?
23-Tem conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS?
24-Considera ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
25-Considera importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem?
26-Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)]
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)]
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)]
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)]
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Uso de álcool]
28-Dos focos em estudo como considera a sua importância relativamente à monitorização da atividade de diagnóstico? [Uso de tabaco]
30-Sente-se motivado para participar num projeto no seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?

## Apêndice 4 – Problemas por perguntas

Nº	Variáveis
8	Participação Comunitária comprometida: Percepção da existência de líderes relacionados com a promoção de uma documentação promotora da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não demonstrada em 36% dos membros da comunidade
8.1	Participação Comunitária Comprometida: comunicação com o(s) líder(es) sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem comprometida [não percebida como clara] em 44% dos membros da comunidade
9	Participação Comunitária comprometida: Existência de recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico, para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não demonstrada em 58% dos membros da comunidade
10	Participação Comunitária comprometida; parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percebidas por 56% dos membros da comunidade
11	Participação Comunitária comprometida: parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percebidas por 59% dos membros da comunidade
12	Participação Comunitária comprometida: existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem não percebida em 46% dos membros da comunidade
13	Processo Comunitário comprometido: Coping comunitário comprometido (experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados) em 29% dos membros da comunidade.
14	Participação Comunitária comprometida: Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percebido como eficaz) em 53% dos membros da comunidade
15	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Tabaco" não é percebido em 21% dos membros da comunidade
16	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Álcool" não é percebido em 19% dos membros da comunidade
17	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)" não é percebido em 9% dos membros da comunidade

Nº	Variáveis
18	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)" não é percecionado em 8% dos membros da comunidade
19	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)" não é percecionado em 12% dos membros da comunidade
20	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)" não é percecionado em 10% dos membros da comunidade
21	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)] não é percecionado em 53% dos membros da comunidade
21	Liderança Comunitária comprometida; Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)] não é percecionado em 55% dos membros da comunidade
21	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)] não é percecionado em 48% dos membros da comunidade
21	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)] não é percecionado em 50% dos membros da comunidade
21	Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Uso de Álcool] não é percecionado em 59% dos membros da comunidade
21	Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Uso de Tabaco] não é percecionado em 58% dos membros da comunidade
22	Participação Comunitária Comprometida: Comunicação comprometida (Discussão/análise das questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem) em 60% dos membros da comunidade
23	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS não é percecionado em 39% dos membros da comunidade
24	Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não é percecionado em 71% dos membros da comunidade
25	Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem comprometidas em 6% dos membros da comunidade
26	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre o contributo da documentação do profissional para o Diagnóstico de Saúde do ACeS comprometidas em 17% dos membros
27	22% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Comportamento de Adesão (associado ao Programa Nacional para a Diabetes)]
Nº	Variáveis

27	22% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Comportamento de Adesão (associado ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Risco: Hipertensão)]
27	14% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Gestão do Regime Terapêutico (associado ao Programa Nacional para a Diabetes)]
27	18% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Gestão do Regime Terapêutico (associado ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Risco: Hipertensão)]
27	18% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Uso de álcool]
27	19% dos membros da comunidade nunca avalia o foco [Uso de tabaco]
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)] comprometidas em 5% dos membros da comunidade
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)] comprometidas em 5% dos membros da comunidade
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)] comprometidas em 4% dos membros da comunidade
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)] comprometidas em 6% dos membros da comunidade
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Uso de álcool] comprometidas em 4% dos membros da comunidade
28	Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Uso de tabaco] comprometidas em 6% dos membros da comunidade
29	Processo Comunitário comprometido: Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem) em 92% dos membros da comunidade
30	Liderança Comunitária comprometida: volição para participar num projeto no seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não demonstrada em 42% dos membros da comunidade.

## Apêndice 5 – Problema analisado em relação à Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade

PROBLEMA	M <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	V <sub>3</sub>	Total
Liderança Comunitária comprometida; Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 55% dos membros da comunidade	1	3	2	6
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Tabaco" não é percebido em 21% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Uso do Álcool" não é percebido em 19% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)" não é percebido em 9% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)" não é percebido em 8% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)" não é percebido em 12% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento para documentar os cuidados prestados relativamente ao foco "Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)" não é percebido em 10% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)] não é percebido em 53% dos membros da comunidade	1	3	2	6
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 50% dos membros da comunidade	1	3	2	6

<sup>1</sup>Magnitude

<sup>2</sup>Transcendência

<sup>3</sup>Vulnerabilidade

<b>PROBLEMA</b>	<b>M 4</b>	<b>T 5</b>	<b>V 6</b>	<b>Total</b>
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)] não é percebido em 48% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Uso de Álcool] não é percebido em 59% dos membros da comunidade	1	3	2	6
Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre o foco [Uso de Tabaco] não é percebido em 58% dos membros da comunidade	1	3	2	6
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não é percebido em 71% dos membros da comunidade	3	3	3	9
Liderança Comunitária comprometida: Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS não é percebido em 39% dos membros da comunidade	0	3	3	6
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem comprometidas em 6% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)] comprometidas em 5% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)] comprometidas em 5% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Diabetes)] comprometidas em 4% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)] comprometidas em 6% dos membros da comunidade	0	3	2	5

---

<sup>4</sup>Magnitude

<sup>5</sup>Transcendência

<sup>6</sup>Vulnerabilidade

<b>PROBLEMA</b>	<b>M<sup>7</sup></b>	<b>T<sup>8</sup></b>	<b>V<sup>9</sup></b>	<b>Total</b>
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Uso de álcool] comprometidas em 4% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre a importância da monitorização da atividade de diagnóstico [Uso de tabaco] comprometidas em 6% dos membros da comunidade	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: Crenças sobre o contributo da documentação do profissional para o Diagnóstico de Saúde do ACeS comprometidas em 17% dos membros	0	3	2	5
Liderança Comunitária comprometida: volição para participar num projeto no seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não demonstrada em 42% dos membros da comunidade.	0	3	2	5
Participação Comunitária Comprometida: Comunicação comprometida (Discussão/análise das questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem) em 60% dos membros da comunidade	1	3	3	7
Participação Comunitária comprometida; parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percecionadas por 56% dos membros da comunidade	1	3	3	7
Participação Comunitária Comprometida: comunicação com o(s) líder(es) sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem comprometida [não percecionada como clara] em 44% dos membros da comunidade	0	2	3	5
Participação Comunitária comprometida: Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percecionado como eficaz) em 53% dos membros da comunidade	1	3	3	7

<sup>7</sup>Magnitude<sup>8</sup>Transcendência<sup>9</sup>Vulnerabilidade

<b>PROBLEMA</b>	<b>M 10</b>	<b>T 11</b>	<b>V 12</b>	<b>Total</b>
Participação Comunitária comprometida: existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem não percebida em 46% dos membros da comunidade	0	3	3	6
Participação Comunitária comprometida: Existência de recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico, para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não demonstrada em 58% dos membros da comunidade	1	3	1	5
Participação Comunitária comprometida: parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percebidas por 59% dos membros da comunidade	1	2	3	6
Participação Comunitária comprometida: Percepção da existência de líderes relacionados com a promoção de uma documentação promotora da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não demonstrada em 36% dos membros da comunidade	0	2	3	5
Processo Comunitário comprometido: Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem) em 92% dos membros da comunidade	3	3	3	9
Processo Comunitário comprometido: Coping comunitário comprometido (experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados) em 29% dos membros da comunidade.	0	1	2	3

<sup>10</sup>Magnitude<sup>11</sup>Transcendência<sup>12</sup>Vulnerabilidade

## Apêndice 6 – Problemas Priorizados em cada um dos domínios MAIEC

Domínio	Problemas
Liderança Comunitária Comprometida:	Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 55% dos membros da comunidade
	Conhecimento sobre o foco [Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 50% dos membros da comunidade
	Conhecimento sobre o foco [Uso de Álcool] não é percebido em 59% dos membros da comunidade
	Conhecimento sobre o foco [Uso de Tabaco] não é percebido em 58% dos membros da comunidade
	Conhecimento sobre o foco [Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)] não é percebido em 53% dos membros da comunidade
	Conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não é percebido em 71% dos membros da comunidade
	Conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS não é percebido em 39% dos membros da comunidade
Participação Comunitária Comprometida	Parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percebidas por 56% dos membros da comunidade
	Parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem não são percebidas por 59% dos membros da comunidade
	Comunicação comprometida (circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem não percebido como eficaz) em 53% dos membros da comunidade

<b>Domínio</b>	<b>Problemas</b>
Participação Comunitária Comprometida	<p>Comunicação comprometida (Discussão/ análise das questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenômenos de Enfermagem) em 60% dos membros da comunidade</p> <p>Existência de estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem não percebida em 46% dos membros da comunidade</p>
Processo Comunitário Comprometido:	Coping comprometido (experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem) em 92% dos membros da comunidade

## Apêndice 7 – Questionário MAIEC com problemas prioritários



**1. Aceito participar nesta atividade de diagnóstico do projeto MAIEC, preenchendo este questionário. \***

O tempo médio de preenchimento do questionário é de 3 minutos.

*Mark only one oval.*

Sim.

### Questionário

Relativamente à unidade onde trabalha, e considerando a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, responda às perguntas que se seguem selecionando apenas uma das opções

**2. 1 - Tem alguma experiência anterior de participação num projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

*Mark only one oval.*

Sim

Não

**3. 2 - Considera ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

(Conceito de vigilância epidemiológica, processo de vigilância epidemiológica,...)

*Mark only one oval.*

Sim

Não

Não sei responder

4. **3 - Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade, hospital e restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem? \***

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder  
 Não se aplica

5. **4 - Considera que as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem são analisadas/discutidas? \***

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder

6. **5 - Considera que existem parcerias formais efetivas dentro da comunidade ACeS (entre a sua unidade e a Unidade de Saúde Pública), para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder

7. **6 - Considera que existem parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem? \***

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder

8. **7 - Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem? \***

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder

9. **8 - Tem conhecimentos sobre os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde do ACeS? \***

Mark only one oval.

- Sim  
 Não  
 Não sei responder

10. **9 - Em que áreas considera precisar de formação? \***

Mark only one oval per row.

	Sim	Não
Uso de Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do Regime Terapêutico (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de Adesão (Programa Risco: HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>